UNIVERSITE D'ALGER
FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1968 — N°

L'ASCITE TUBERCULEUSE DE L'ADULTE EN ALGÉRIE

(A PROPOS DE CENT CAS RECUEILLIS EN QUATRE ANS
A LA CLINIQUE MEDICALE DU CENTRE HOSPITALIER
ET UNIVERSITAIRE D'ALGER, SERVICE DU PROF. LEBON)

THÈSE

pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le Juin 1968

par

BOUCEKKINE Tadjedine

Né le 9 Avril 1943, à Sidi Aïch

Interne des Hôpitaux d'Alger

Membres du Jury :

MM.	J. LEBON, Professeur de Clinique Médicale	Président
	G. ILLOUL, Maître de Conférence Agrégé (Médecine)	Juges
	P. CHAULET, Maître de Conférence Agrégé (Pneumo-Phtisiologie)	
	O. BOUDJELLAB, Maître de Conférence Agrégé (Médecine)	

UNIVERSITE D'ALGER

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1968 — N°

L'ASCITE TUBERCULEUSE DE L'ADULTE EN ALGÉRIE

(A PROPOS DE CENT CAS RECUEILLIS EN QUATRE ANS
A LA CLINIQUE MEDICALE DU CENTRE HOSPITALIER
ET UNIVERSITAIRE D'ALGER, SERVICE DU PROF. LEBON)

THÈSE

pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le Juin 1968

par

BOUCEKKINE Tadjedine

Né le 9 Avril 1943, à Sidi Aïch

Interne des Hôpitaux d'Alger

Membres du Jury :

MM.	**J. LEBON**, Professeur de Clinique Médicale	Président
	G. ILLOUL, Maître de Conférence Agrégé (Médecine)	Juges
	P. CHAULET, Maître de Conférence Agrégé (Pneumo-Phtisiologie)	
	O. BOUDJELLAB, Maître de Conférence Agrégé (Médecine)	

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41536513_0023

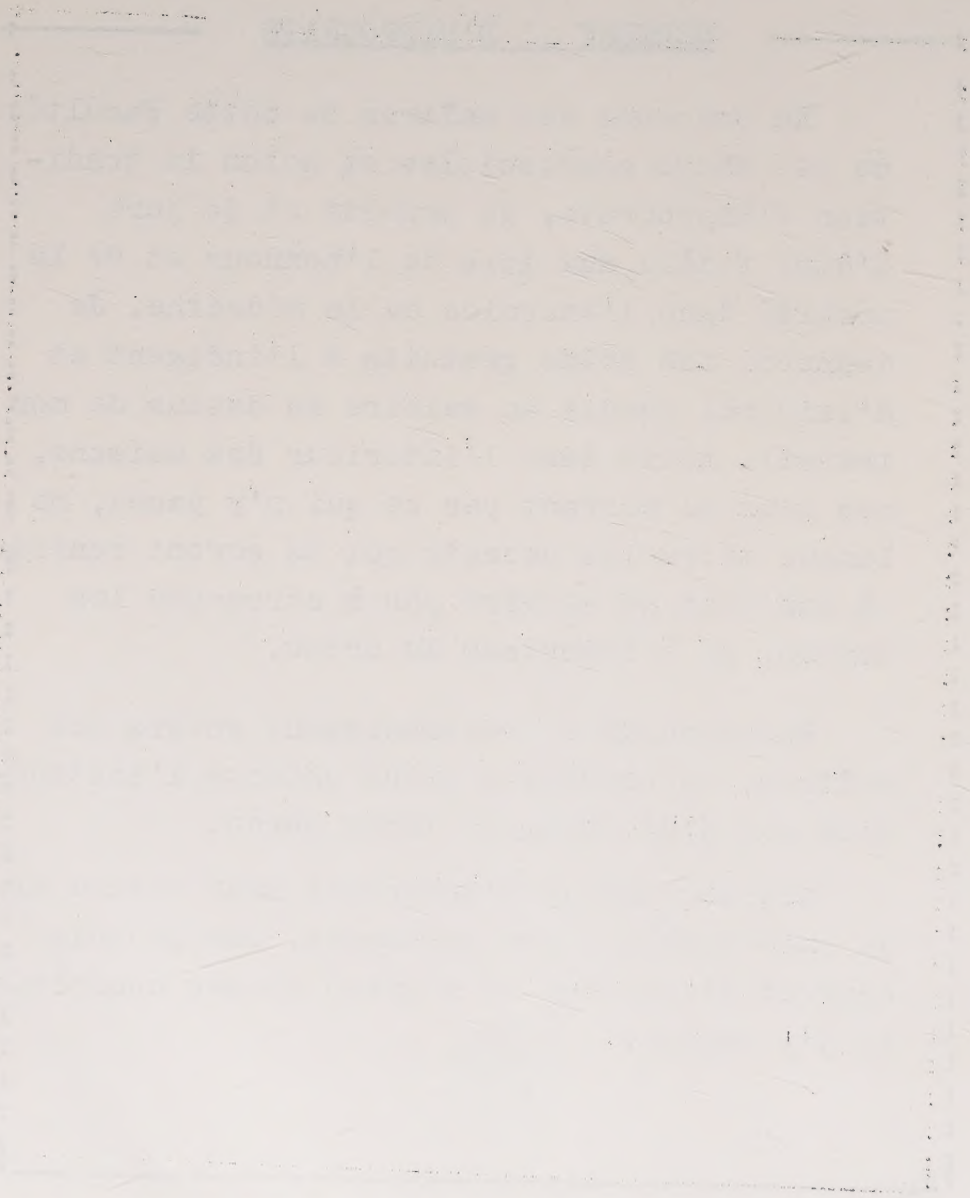
UNIV.
LEIDEN
BIBL.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et selon la tradition d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs, ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'approbre et méprisé de mes confrères si j'y manque.



JE DEDIE CETTE THESE :

A TOUTE MA FAMILLE

A MES BEAUX PARENTS

A MA FIANCEE

A TOUS MES AMIS

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEBON

Pendant nos stages d'Interne, vous nous avez accueilli dans votre service avec une bienveillante sollicitude qui n'a pas manqué de nous toucher .

Nous avons alors eu la chance de bénéficier de votre riche enseignement, aussi bien au lit du malade que pendant vos leçons magistrales .

Nous sommes conscients du grand honneur que vous nous faites en acceptant de Presider le Jury de notre These .

Que ce jour soit une nouvelle occasion pour vous assurer de notre devouement, de notre reconnaissance et de notre profond respect .

A NOS JUGES :

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE ILLOUL :

Nous avons eu le plaisir d'être votre collaborateur pendant de nombreux mois.

Vous nous avez toujours prodigué. vos conseils eclairés et nous avez guidé tout au long de ce travail.

Nous sommes heureux de vous exprimer ici notre estime et notre respectueuse amitié .

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE CHAULET :

C'est pour nous un grand plaisir et un honneur de vous voir sieger aujourd'hui comme membre du Jury de notre These .

Vous avez suivi la composition de ce travail dans le detail et avec un interêt plein de bienveillance .

Recevez ici nos remerciements et l'expression de notre profonde reconnaissance .

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE BOUDJELLAB :

Il y a un mois, nous etions encore votre Interne
à la Clinique Thérapeutique Médicale .
Durant ce stage vous nous avez témoigné une
réelle sollicitude en nous permettant de par-
ticiper à la vie active de votre service .
Nous esperons ne pas avoir deçu votre confiance;
Veuillez croire à notre respectueuse gratitude .

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE LEUTENEGGER, MEDECIN DES HOPITAUX ,

Qui nous a inspiré le sujet de notre Thèse .
En temoignage de notre profonde reconnaissance .

A MESSIEURS

LE PROFESSEUR AGREGE LARBAOUI
LE PROFESSEUR AGREGE MOSTEFAI
LE DOCTEUR AIT-MESBAH
LA DOCTEUR ABDERRAHIM

Qui nous ont toujours manifesté leur sollicitude .

A NOTRE CONFERENCIER D'INTERNAT, MONSIEUR LE DOCTEUR GRANGUAUD,
En temoignage de notre indefectible amitié .

A TOUS MES CAMARADES DU CORPS DE L'INTERNAT .

-= /// N T R O D U C T I O N =-

-=-=-=-=-=-=-=-=oOo-=-=-=-=-=-=-

Au cours de nos stages d'Interne à la Clinique Médicale du Centre Hospitalier et Universitaire d'Alger, dans le service du Pr. LEBON, nous avons été frappé par la fréquence de l'Ascite Tuberculeuse dans notre pays.
Cette affection prend place dans l'ensemble des manifestations séreuses tuberculeuses de la période post primaire, au même titre que les méningites, les plus graves, ou les pleurésies, les plus fréquentes. Comme dans ces dernières, la dissémination du Bacille de KOCH se fait le plus souvent par voie hématogène, plus rarement par voie Lymphatique, ou encore et c'est ce qui fait la spécificité de l'atteinte péritonéale, par voie digestive (à la suite d'une Primo Infection ou d'une tuberculose digestive) ou génitale, la contamination se faisant alors par contiguité.

L'histoire de l'ascite tuberculeuse débute au 19e Siècle où l'on assiste au démembrement de la maladie, à la meilleure connaisance de ses différents aspects cliniques :

- Dès 1802 en effet BICHAT, BAUME, MORGAGNI, et LAENNEC en isolent la forme ulcérocaséeuse dont ils donnent des études cliniques complètes. LOUIS en affirme la nature tuberculeuse.
- BUQUOY isole à son tour les formes fibrocaséeuses.
- CHOMEL, GRISOLLE, GUENAU de MUSSY et surtout CRUVEILHIER qui décrit l'Ascite essentielle des jeunes filles, FERNET et BOULAND qui individualisent les formes mixtes péritonéo-pleurales, apporteront ultérieurement leur contribution à cette entité clinique.

Cette première étape purement dogmatique fut complétée au début du 20 eme Siècle par de nombreuses études statistiques cliniques.

- Enfin, de nos jours, l'utilisation des antibiotiques antituberculeux, la multiplication des moyens d'exploration de la cavité péritonéale (Laparoscopie, biopsie péritonéale), en permettant un diagnostic rapide et une thérapeutique efficace de l'Ascite Tuberculeuse, en ont modifié profondément l'aspect classique.

- Cependant si en Europe et dans les pays Anglosaxons " les localisations péritonéales du bacille de KOCH ont suivi l'évolution générale de toutes les tuberculose : diminution de la fréquence, disparition de certaines formes chroniques, élévation de la moyenne d'âge des patients " (J.P. ETIENNE), il n'en n'est pas de même en Algérie.

Ici l'Ascite Tuberculeuse demeure fréquente, les formes chroniques ulcérocaséeuses et fibroadhésives persistent.

Néanmoins une telle constatation n'est pas faite pour étonner. Déjà en 1962, Mme. J. BOURREILLE rapportait dans sa Thèse 92 cas de péritonite tuberculeuse ascitique observés en 5 ans au CHU d'Alger.

Comment expliquer la fréquence de l'Ascite Tuberculeuse en Algérie ? Plusieurs facteurs interviennent :

- d'une part le maintien du taux de prévalence tuberculeuse, de primo-infection, à un niveau sensiblement équivalent depuis 20 ans.
- d'autre part la prépondérance d'une population jeune dans nos pays.
- enfin une lutte antituberculeuse encore insuffisante.

Par ailleurs, en Algérie l'ascite tuberculeuse garde tout son polymorphisme clinique où dominent les formes avancées.

Son traitement est rendu difficile par la condition sociale des malades, ce qui explique en partie la gravité d'une telle affectiom en milieu Algérien.

CHAPITRE II.er

-=-=-=-=-=-=-=-=-=-=-=-=-=-o-O-o -=-=-=-=-=-=-=-=-=-=-

- MATERIEL ET METHODES D'ETUDE.

Notre Etude porte sur 100 cas d'ascites tuberculeuses hospitalisées à la clinique Médicale du CHU d'Alger, service du Pr. Lebon, entre le 1er Janvier 1964 et le 31 Décembre 1967. Une remarque préliminaire s'impose : la définition même d'ascite tuberculeuse. Nous avons retenu sous ce vocable :

- D'une part les ascites pour lesquelles la preuve de la tuberculose a été apportée par la Bactériologie ou la laparoscopie (89 cas).
- D'autre part les ascites pour lesquelles la présomption de tuberculose est très forte (contexte clinique et épidémiologique; formule du liquide) et où toutes les autres étiologies ont été éliminées (11 cas).

L'aspect clinique de cette forme de Tuberculose péritonéale est suffisamment stéréotypé pour que nous ayons choisi de regrouper dans une même étude toutes les ascites Tuberculeuses observées à la Clinique Médicale en quatre ans.
L'intérêt de cette étude tient à l'homogénéité de la série :

- mode de recrutement
- méthode d'examen
- attitude thérapeutique.

En effet le mode de recrutement de nos malades a été uniforme :

- malades âgés de 15 ans au moins.
- Tous sont soit adressés directement par la consultation externe de Médecine soit hospitalisés après passage par la consultation de gastroentérologie de la Clinique Médicale.

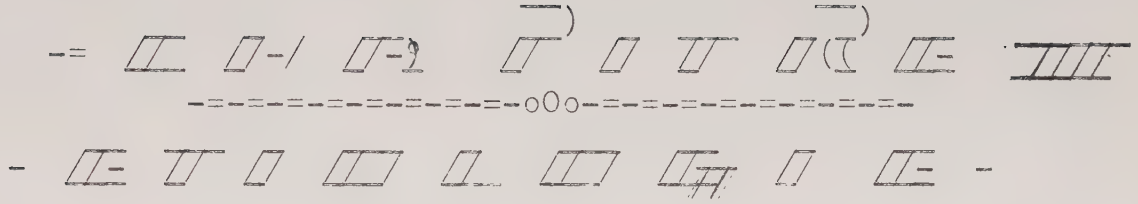
Par ailleurs il est à noter que les malades hospitalisés ont été pris en charge par une même équipe médicale aux conceptions thérapeutiques identiques. A chaque fois furent réalisés :

- Un bilan clinique local et général dès l'entrée.
- une enquête épidémiologique.
- une Ponction d'ascite a été pratiquée avant tout traitement permettant l'étude chimique, cytologique et Bactériologique au liquide d'ascite, oeuvre des Laboratoires de pharmacie et de Bactériologie de l'Hôpital Mustapha, des laboratoires de l'Institut Pasteur d'Algérie dans certains cas.
- Tous nos malades ont eu une radiographie thoracique.
- La plupart d'entre eux ont subi une Laparoscopie avant ou en début de traitement pratiquée par le Docteur Dendale de la Clinique Médicale. IL n'a pas été pratiqué de Laparoscopie de contrôle ni de Biopsie Péritonéale.
- Enfin, dans certains cas, pour la pratique d'examens spécialisés nous avons eu recours au service de gynécologie, d'ophtalmologie et d'Anatomie Pathologique du CHU d'Alger.

Cette Etude systématique a permis de réunir en 4 ans, des dossiers relativement complets.
Notre travail à partir de ces dossiers s'est déroulé en deux étapes successives :

.../...

- l'une analytique : les différents éléments recueillis ont été reportés sur des fiches préetablies.
- l'autre synthétique, nous a permis de préciser le profil de l'ascite tuberculeuse en Algérie :
    - Etiologique d'une part,
    - Clinique,
    - Diagnostic et thérapeutique d'autre part. Ce sont les chapitres qui nous retiendront successivement.



A - Fréquence

B - Origine

C - Répartition en fonction du sexe.

D - Répartition en fonction de l'Age.

E - Antécédents.

A - F R E Q U E N C E -

Chiffrer la Fréquence de la Péritonite tuberculeuse est, selon la plupart des auteurs, difficile du fait de l'hétérogéneité du mode de recrutement et du lieu d'hospitalisation des malades (services de Pneumophtisiologie, Médecine Générale, Gastroentérologie). Les conditions d'élaboration de notre travail nous permettent de surmonter cette difficulté. IL nous parait donc possible d'évaluer de façon assez précise la fréquence de l'Ascite Tuberculeuse en Algérie.

I. - Fréquence par rapport aux autres affections de l'appareil digestif :

Pendant la même période 4430 hospitalisations pour diverses affections de l'appareil digestif ont été enregistrées à la Clinique Médicale.

Dans notre série l'A.T. représente donc 2,2 % des maladies de l'appareil digestif en général.

Plus particulièrement nous avons rencontré une ascite tuberculeuse pour 3 ascites cirrhotiques, et une ascite néoplasique pour 2 ascites tuberculeuses.

II. - Fréquence par rapport à la tuberculose en général :

Ici la fréquence réelle de l'A.T. est difficile à préciser. Comme tous les accidents de la période post-primaire elle est relativement rare, et prend place parmi les tuberculoses des séreuses au même titre que la pleurésie a frigore ou la méningite tuberculeuse. Si l'on sait que la fréquence de la méningite est de l'ordre de 300 à 500 primo infection (Debré), celle de la pleurésie et de l'ascite tuberculeuse n'a jamais été chiffrée avec précision dans un service de Médecine Générale.

Cependant il est intéressant de noter qu'une récente statistique effectuée par le service de Pneumophtisiologie de l'hôpital Cochin (Pr. G. Brouet) donne la proportion d'une péritonite Tuberculeuse pour 20 PSF et 200 tuberculoses Pulmonaires communes.

Pour notre part deux séries d'arguments nous semblent devoir être retenues.

- au cours de la même période les services spécialisés du CHU ont reçu :
  - 148 PSF tuberculeuses de l'adulte
  - 58 méningites tuberculeuses.
- L'importance de la série que nous rapportons.

B - ORIGINE -

Tous nos malades sont des autochtones. IL convient cependant de signaler que l'A.T. parait plus fréquente chez les citadins que chez les ruraux. Nous avons en effet relevé :

- 66 cas chez des citadins
- 34 cas chez les ruraux.

Néanmoins, cette affirmation est à tempérer compte tenu de l'origine des malades admis à l'hôpital Mustapha.
Par ailleurs comme dans toutes les autres formes de tuberculose, l'affection atteint essentiellement les sujets habitant dans les quartiers pauvres et surpeuplés de la capitale : ce fut le cas pour 38 de nos malades.
Ce fait illustre parfaitement les données de l'épidémiologie de la Tuberculose : il existe en effet une relation directe entre l'intensité des manifestations post-primaires et l'importance du réservoir de virus, de la densité infectante.
Cette Prédilection pour les catégories sociales défavorisées est habituelle :

- En France J.P. Etienne et J. CHRETIEN, sur une série de 35 malades, notent 18 travailleurs de condition matérielle précaire.

  Aux U.S.A. JOHNSTON et Sanford réunissent en 10 ans, 12 cas concernant tous des noirs.

C - Répartition des cas en Fonction du sexe

La répartition de nos cas en fonction du sexe dénombre une prépondérance féminine nette :

74 femmes pour 26 hommes.
soit 1 homme atteint pour trois femmes environ.

.../...

En Algérie cette prédominance de la maladie chez la femme a déjà été signalée dans sa thèse par Mme. J. Boureille qui note 89 % de Péritonites tuberculeuses dans le sexe féminin. En France au contraire GIRARD, PLANCHU et MICHEL observent 13 cas de P.T. chez l'homme pour 12 cas chez la femme. Plus récemment J.P. Etienne, J. CHRETIEN notent une plus forte proportion masculine puisque sur les 35 cas qu'ils rapportent, 27 sont des hommes.

Aux U.S.A., HUGUES et CARR notent un nombre sensiblement égal d'hommes et de femmes; par contre JOHNSTON et SANFORD rapportent 8 cas féminins pour 4 masculins.

D - Répartition des cas en Fonction de l'Age.

En Algérie, la maladie atteint tous les âges : notre malade le plus jeune avait 15 ans, le plus âgé 80 ans. Le classement de nos malades par tranche d'âge permet de mettre en évidence la prédominance de la maladie au cours des 2e, 3e et 4e décades : entre 15 et 40 ans en effet 72 cas ont pu être dénombrés; l'affection est plus rare entre 40 et 60 ans (20 cas) encore plus rare entre 60 et 80 ans (8 cas). Ces données sont résumées sur le tableau n° 1.

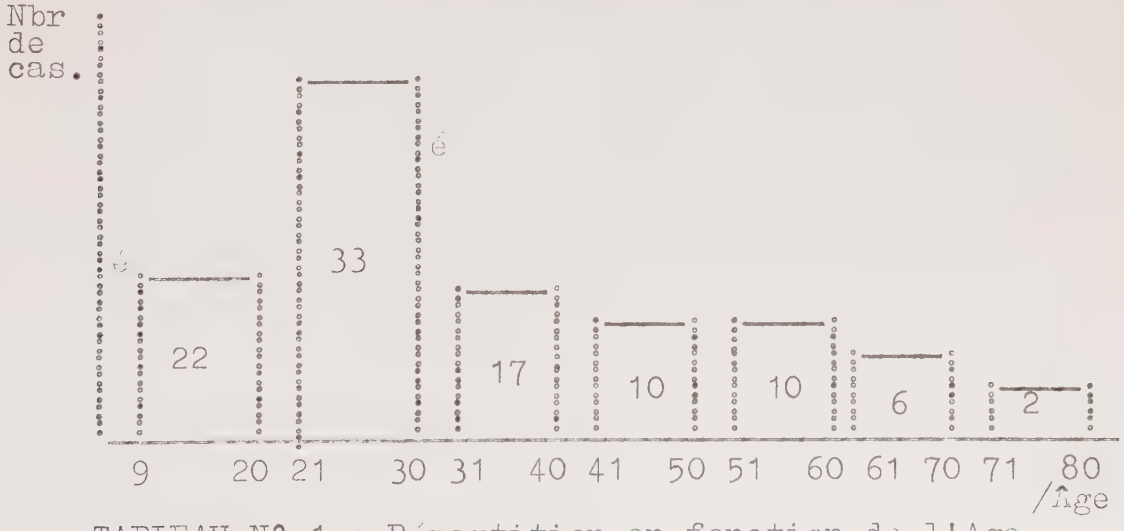


TABLEAU N° 1 : Répartition en fonction de l'Age.

Plus intéressantes sont les corrélations existant entre l'âge et le sexe :

A - Chez la femme la maladie est fréquente en période d'activité génitale : entre 15 et 40 ans, on relève en effet 57 cas soit 76,5% des cas féminins. Elle est nettement moins fréquente entre 40 et 60 ans (22% des cas féminins), exceptionnelle après 60 ans (1,5 % des cas féminins).
Ces données sont reportées sur le tableau n° 2.

B - Chez l'homme l'affection prédomine chez le sujet jeune : 57 % des cas masculins entre 15 et 40 ans. Cependant fait particulier l'homme âgé est plus fréquemment atteint que la femme: entre 60 et 80 ans, 7 cas soit 27 % des cas masculins (Tableau n° 3).

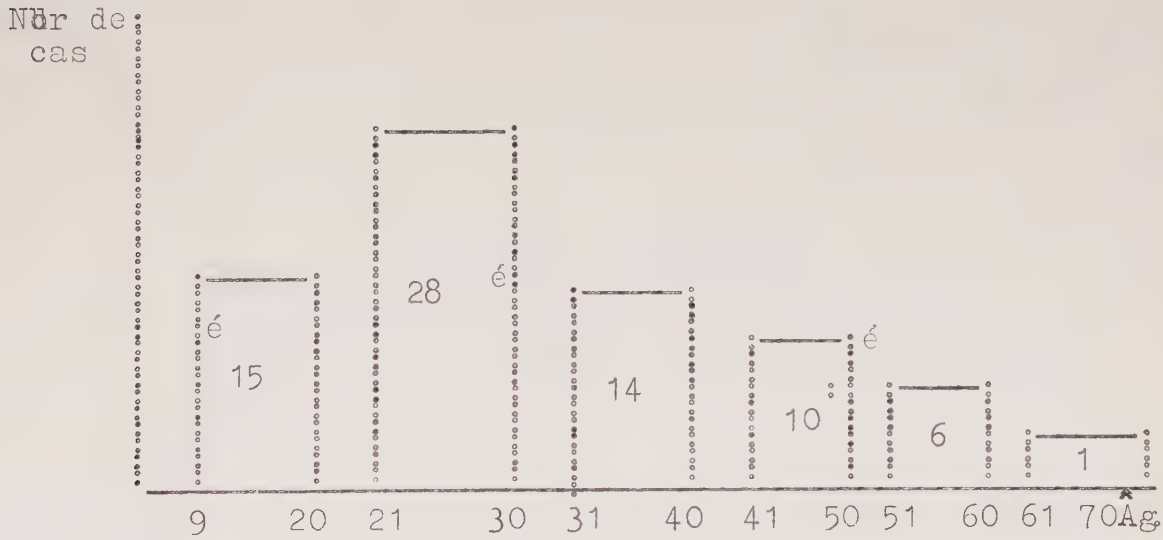


Tableau N° 2 : Répartition des groupes d'âges chez la femme.

.../...

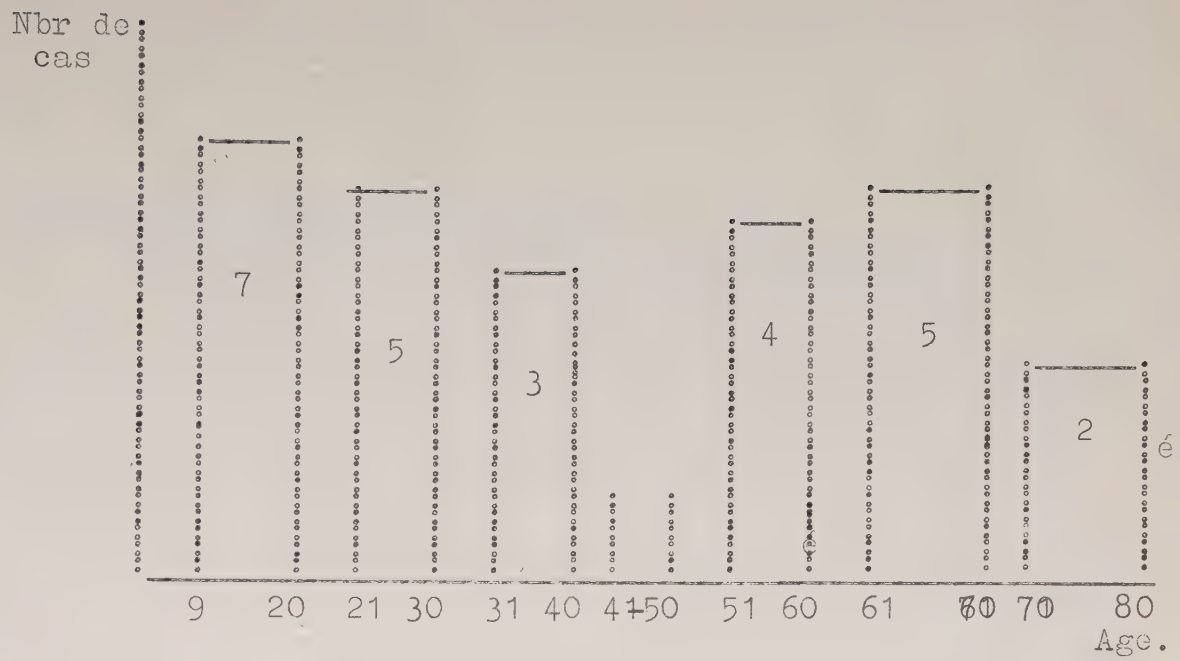


Tableau N° 3 ; Répartition des groupes d'âges chez l'homme.

En conclusion l'ascite tuberculeuse est surtout une affection de l'adulte jeune. Cependant en Algérie il est fréquent de rencontrer cette maladie chez le sujet âgé le plus souvent de sexe masculin. Un fait semblable, autrefois méconnu a déjà été signalé :

- en France par l'Ecole Lyonnaise (Pierre, Ravault Fraisse et Loisy) et CHRETIEN .
- En Algérie par Madame J. Bourreille qui relève 8 % de Péritonites Tuberculeuses du sujet âgé de plus de 60 ans.

Ces manifestations tardives de la P.T. sont à rapprocher des Pleurésies sérofibrineuses tuberculeuses du sujet âgé dont la fréquence est maintenant reconnue :

H. Bendjaballah dénombre en effet dans sa Thèse 14 % de PSF concernant de sujets âgés de plus de 50 ans.

.../...

E - LES ANTECEDENTS -

L'Etude des antécédents comporte :

- Les antécédents tuberculeux familiaux et personnels.
- Les antécédents non tuberculeux à la recherche d'un terrain favorable.

I - Les Antécédents Tuberculeux :

a - Antécédents familiaux :

ILs ont été soigneusement recherchés dans tous les cas par l'interrogatoire. Cependant il n'a jamais été fait d'examen médical de l'entourage du malade.

Nous avons retrouvé une notion de contage tuberculeux dans 10 cas soit 10 %. Tous sont des malades jeunes âgés de 18 à 29 ans Les contaminateurs sont dans tous les cas des proches parents du malade :

- 8 fois les ascendants directs
- 2 fois la fraterie.

Cette forte proportion d'antécédents tuberculeux familiaux semble correspondre aux statistiques établies par différents auteurs Français et Américains. Cependant Mme. J. Bourreille, en Algérie, n'a retrouvé que 3 % d'antécédents familiaux.

b - Antécédents Personnels :

Les antécédents tuberculeux personnels sont tout aussi fréquents. Nous les avons retrouvés dans 13 cas. IL s'agissait soit d'antécédents à court terme, les plus fréquents (7 cas), soit d'antécédents lointains dont

.../...

...les malades portaient d'ailleurs des séquelles. C'est ainsi que nous avons observé :

- dans les antécédents récents apparus moins d'un an avant l'Ascite Tuberculeuse :
  - 3 Pleurésies
  - 1 Adénite tuberculeuse
  - 3 Primo-infection.
- dans les antécédents lointains :
  - 3 tuberculoses pulmonaires
  - 3 tuberculoses ostéoarticulaires (2 mal de Pott dorsolambaire, 1 tumeur blanche de l'épaule droite).

IL est à signaler que l'existence de ces antécédents tuberculeux n'a en rien modifié le tableau clinique observé ni l'évolution de l'affection. Seule l'existence de tuberculose pulmonaire antétieure nous a incité à renoncer à l'Administration de corticoïdes; il en résulta une résorption plus lente de l'épanchement ascitique.

II - Les Antécédents non tuberculeux : Le Terrain.

Dans certains cas, en dehors de toute notion de tuberculose ancienne ou active, l'affection survient sur un terrain favorable :

a - La grossesse :

est l'un de ces terrains favorisants. En effet dans 7 cas l'ascite tuberculeuse est apparue dans les deux à six mois qui ont suivi un accouchement.

.../...

IL s'agissait de femmes jeunes (moyenne d'âge 27 ans), multipares. La Biopsie de l'endomètre pratiquée quatres fois n'a retrouvé qu'une seule tuberculose génitale typique; dans un autre cas, la muqueuse utérine était le siège d'un remaniement inflammatoire aspécifique.

Par ailleurs dans 2 cas l'ascite a suivi à court terme (2 mois) un avortement spontané. Ici, la biopsie de l'endomètre a permis de mettre en évidence, à chaque fois une tuberculose génitale typique.

Ce rapport étroit entre la grossesse et la survenue de l'ascite tuberculeuse, n'est pas fait pour nous étonner. On sait en effet, que le post partum ou le post-abortum favorisent l'éclosion ou la réviviscence de toute tuberculose.

C'est ainsi que H. Bendjabâllah dans sa Thèse, a relevé 8 % de pleurésies sérofibrineuses tuberculeuses survenant dans le post-partum.

L'ascite tuberculeuse ne fait pas exception : Mme. J. Bourreille rattache dans 25 % des cas, l'apparition de la maladie à la grossesse.

b - En dehors de la grossesse, certains états morbides ont favorisé l'éclosion de l'A.T. :

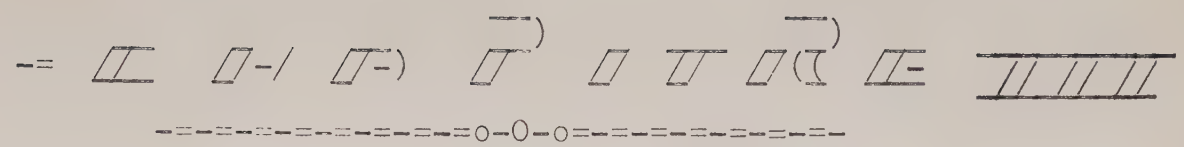
C'est ainsi que dans 7 cas (2 hommes, 5 femmes), l'infection tuberculeuse s'est greffée sur une cirrhose hépatique cryptogénitique.

Par ailleurs nous avons pu relever une fois, l'association cancer de l'estomac et Ascite Tuberculeuse. Le rôle de l'éthylisme, et en particulier des cirrhoses éthyliques sur lesquelles insiste justement CHRETIEN en milieu.../.

... Européen, nous est paru négligeable.

Ainsi, au terme de l'étude de ce chapitre consacré à l'Etiologie de l'Ascite tuberculeuse en Algérie, il apparait que cette affection est fréquente : elle représente en effet % des affections digestives en général. Elle survient électivement chez la femme jeune en période d'activité génitale, mais sont apparition chez le sujet âgé le plus souvent de sexe masculin, n'est pas à exclure. Les antécédents tuberculeux familiaux existent parfois, nous les avons retrouvés dans 10% des cas. Plus fréquents et plus évocateurs sont les antécédents tuberculeux personnels qui existent dans 13 % des cas.

Enfin l'A.T. survient volontiers sur un terrain affaibli par une grossesse (9 cas) ou une affection prédisposante (Cirrhose).



ETUDE CLINIQUE

Nous avons divisé notre étude clinique en quatre parties :

A - D'abord la classique "ascite essentielle" c'est-a-dire l'ascite tuberculeuse apparamment primitive.

B - Puis les localisations tuberculeuses associées évoluant au cours de l'Ascite tuberculeuse apparamment primitive.

C - Ensuite l'Ascite tuberculeuse compliquant une cirrhose hépatique.

D - Enfin les formes pseudocancéreuses de l'Ascite Tuberculeuse.

A - L'ASCITE TUBERCULEUSE APPARAMMENT PRIMITIVE -

C'est de loin la forme la plus fréquente. Nous l'avons rencontrée chez 93 de nos malades : 69 femmes et 24 hommes.

I - Modalités Cliniques de Début :

a - Forme chronique :

Le tableau classique de l'ascite tuberculeuse, réalisant une forme typique d'évolution chronique est l'aspect le plus fréquemment rencontré : IL en a été ainsi pour 90 de nos malades. L'ascite apparait progressivement, insidieusement mettant 2 à 6 mois pour se constituer. Elle est alors toujours précédée par des signes généraux particuliers associant asthénie, fièvre de degré variable, amaigrissement, Les douleurs abdominales sont rares, remplacées par une simple gêne. Les Troubles du Transit sont souvent présents de même que l'aménorrhée.

Ces donnees sont résumées sur le Tableau n° 4.

	Nbr. de Cas.	Pourcentage.
Modalité de début		
- progressif ...	90 Cas.	96,8
- subaigu	3 Cas.	3,2%
Temps d'apparition de l'Ascite		
- moins de 1 mois.	3 Cas.	3,2%
- entre 2 et 4 mois.	60 Cas.	64,6%
- entre 4 et 6 mois.	30 Cas.	32,2%

Tableau n° 4 : Modalités cliniques de Début.

b - Forme subaigue :

Dans 3 cas cependant le début a été subaigu dominé par un Tableau infectieux important; En moins de 20 jours, l'ascite apparait; l'Etat général est très mauvais confinant à la cachexie.

OBSV. F. 11 :

Femme âgée de 32 ans.
Début brutal remontant à 15 jours caractérisé par :

- Tableau infectieux sévère avec fièvre à 39° - 40°, légère obnubilation, céphalées.
- Apparition progressive d'une ascite.

A l'examen :

- La température est toujours à 40°.
- Langue humide, propre.
- Ascite de moyenne abondance, (exsudat)
- Splénomégalie sensible, molle, dépassant de 1 - 2 travers de doigts le rebord costal.
- Pas d'autres épanchements.

Evolution sous traitement :

La fièvre a duré quatre jours à 39-40°
Défervescence en 5 jours dès l'administration de la chimiothérapie antibacillaire.

OBSV. F. 28 :

Femme âgée de 25 ans.
Fièvre de degré non précisé depuis 20 jours. Altération importante et rapide de l'état général.
A l'examen :

- T° à 39° C.
- ascite de petite abondance, riche en albumine et en Lympho.
- pointe de rate.
- Epanchement pleural droit, à type d'exsudat.

La Fièvre a durée 6 jours mais a disparu en...

.../...

... 2 jours dès l'administration du traitement spécifique.

OBSV. F. 48 :

Jeune femme âgée de 27 ans.
Début insidieux remontant à 18 jours caractérisé par :

- une fièvre nocture
- des troubles de l'état général.

A l'entrée :

- Obnubilation très nette avec céphalées vomissements bilieux.
- Amaigrissement considérable.
- Langue sèche mais propre.
- Ascite de petite abondance.
- Adénopathies sus claviculaires et axillaires.

La Fièvre a duré quatre jours et n'a cédé qu'après l'administration de la chimio-thérapie antibacillaire.

Au total nous avons observé 3 formes subaigues. Le Tableau réalisé est pratiquement stéréotypé :

- Femmes jeunes âgées de moins de 30 ans.
- Prédominance du syndrôme Infectieux réalisant dans 2 cas un tableau d'allure septicémique.
- Fréquence d'une localisation tuberculeuse associée à l'ascite.
- Enfin, une fois le diagnostic affirmé grâce à Laparoscopie, l'administration du traitement spécifique a amené rapidement l'apyrexie.

.../...

II - ETUDE ANALYTIQUE DES SYMPTOMES :

A - Les signes généraux.

I - La Fièvre :

La Fièvre est quasiconstante. La température est généralement peu élevée à 37° 5 - 38° C. : il en a été ainsi pour 66 de nos malades.

Cependant dans II cas (7 hommes, 4 femmes) la température est restée normale aussi bien avant que pendant le séjour hospitalier. Ces cas répondent à des formes torpides, à évolution très progressive, sans aucune autre localisation tuberculeuse associée et concernent le plus souvent des sujets âgés de plus de quarante ans.

Par contre dans 16 cas la fièvre est de degré élevé dépassant 38°. IL s'agit là le plus souvent de sujets jeunes. Parmi ces malades :

- 13 d'entre eux présentaient une courbe thermique en clochers dépassant rarement 39°. L'examen a permis de retrouver dans ces cas :

  ° soit une localisation tuberculeuse associée à l'ascite :

  - 6 fois une pleurésie.
  - 1 fois une adénopathie tuberculeuse.

  ° soit une ascite cloisonnée de type ulcéro-caséeuxdans 4 cas.

- Dans 3 cas la fièvre était très élevée dépassant 39° réalisant un tableau d'allure septicémique (OBSV. F.11, F.28, F.48 déjà rapportées).

	Nbr de cas.	Pourcentage.
Fièvre :		
- inférieure à 38	66	71 %
- 38 (F) 39	13	14 %
-) 39	3	3,2 %
- inexistante	11	11,8 %

2 - Les Troubles de l'Etat général :

ILs existent chez nos malades à des degrés divers. L'anorexie, l'asthénie, cortège habituel des maladies infectieuses en général et de la tuberculose en particulier, ont constamment été retrouvées. Elles sont d'installation précoce Rarement isolées, elles évoquent dès que la fièvre apparait, le tableau classique "d'imprégnation tuberculeuse ".

L'amaigrissement est inconstant. Seuls 60 de nos malades ont pu noter une chute pondérale. Cet amaigrissement est dans la plupart des cas moderé . Chez 6 de nos malades cependant, une chute pondérale rapide et importante a confiné à un véritable état cachectique. IL s'agissait de 4 femmes et de 2 hommes dont :

.../...

- 4 présentaient une forme ulcérocaséeuse d'ascite tuberculeuse.
- 1 fois il s'agissait d'une ascite chyleuse.
- 1 femme présentait une rechute d'A.T.

B - Les signes Fonctionnels:

1 - La douleur :

La douleur existait chez 55 de nos malades.

+ Le plus souvent (46 fois) elle se présentait sous l'aspect de vagues algies abdominales diffuses, sans périodicité ni rythmicité, difficiles à différencier de la gêne crée par l'épanchement. Rarement précoces elles survenaient après l'installation de ce dernier ne posant alors aucun problème diagnostic.

± Cependant 9 fois la douleur était localisée, intense attirant d'emblée l'attention :

a) - Dans 5 cas il s'agissait de douleurs localisées à l'hypogastre ou aux fosses iliaques.

Elles traduisaient :

- dans deux cas une A.T. cloisonnée avec gâteau péritonéal localisé à la fosse iliaque.
- 2 fois une atteinte génitale annexielle.
- dans le dernier cas une tuberculose iléocoecale très probable.

b) - Par ailleurs 4 fois la douleur était franchement épigastrique, permanente avec paroxysmes post-prandiaux. Les différents examens complémentaires effectués ont permis de la rattacher :

- à une sténose du pylore incomplète par compression extrinsèque due à une volumineuse adénopathie abdominale tuberculeuse chez une femme de 39 ans, dans 1 cas.
- a une gastrite hypertrophique dans un autre cas.
- il n'a pas été pratiqué d'exploration dans les 2 derniers cas.

Ainsi la douleur est représentée dans notre série par deux aspects particuliers :

- soit douleurs abdominales vagues, diffuses, les plus fréquentes (50 % des cas environ).
- soit douleurs localisées, intenses, rares (10 %).

Les douleurs abdominales banales sont signalées par la plupart des auteurs d'études similaires :

- R. SPAPEN la retrouve dans 40% des cas.
- Mme J. Bourreille dans 56,2% des cas.

- Par contre Hugues et CARR ne les signalent que dans 25 % des cas.

Moins connues sont les manifestations douloureuses précises. Dans notre série, elles sont de signification variable :

- elles peuvent être le truchement de l'irritation péritonéale, surtout dans les formes ulcérocaséeuses comme nous l'avons observé.
- Ailleurs elles représentent un symptôme d'une affection viscérale liée à la tuberculose (Tuberculose intestinale, lésions génitales chez la femme) ou indépendante de la maladie tuberculeuse.

Dans tous les cas une interprétation purement clinique parait impossible; si bien que la présence de douleurs intenses, permanentes ou répétées devra faire entreprendre une exploration complète tant clinique que para clinique. Nous rejoignons en ce sens la position de BURACK et HOLLISTER pour lesquels la constatation d'une telle douleur doit toujours inciter à la méfiance et à rechercher une complication éventuelle.

2 - Les Vomissements :

Les Vomissements représentent un symptôme contingent dans la plupart des cas où nous les avons observés soit II cas. ILs sont alors associés à de vagues douleurs abdominales et peuvent être rattachés, d'une part à l'irritation péritonéale, à un phénomène purement mécanique lié à l'abondance de l'épanchement d'autre part.

Leur répétition, leur abondance doit cependant attirer l'attention. Ces caractères nous ont permis d'évoquer le diagnostic de sténose du Pylore chez l'une de nos malades, diagnostic. que sont venus confirmer les examens radiologiques usuels

OBSV. F. 63 :

- Femme âgée de 39 ans.
- Début progressif remontant à un an par des douleurs abdominales prédominant à l'épigastre, trouble de l'état général, vomissements alimentaires, cet ensemble de signes survenant après une grossesse menée à terme.
- Apparition d'une ascite de moyenne abondance 4 mois après alors que les douleurs s'accentuent, les vomissements deviennent plus abondants.
- A l'entrée; très mauvais état général, deshydratation nette les vomissements sont permanents.
- Le diagnostic d'ascite tuberculeuse est porté grâce à la Laparoscopie. Le transit gastro-duodénal pratiqué en raison des signes digestifs anormaux, va montrer l'existence d'une sténose incomplète du Pylore par compression extrinsèque.

- La laparotomie exploratrice objective une volumineuse adénopathie comprimant la première portion du duodénum.

3 - Les troubles du Transit Intestinal :

a - La Diarrhée :

Nous l'avons rencontrée chez 7 de nos malades.

Dans 5 cas il s'agissait d'une diarrhée d'apparition récente, sans trouble important de l'état général, rapidement résolutive après l'administration des médications symptômatiques. Par contre 2 fois il s'agissait d'une diarrhée au long cours:

- Dans 1 cas la diarrhée est restée inexpliquée malgré toutes les investigations pratiquées.
- Dans l'autre, le transit baryté du grêle a permis d'objectiver des modifications de la dernière anse iléale et du caecum faisant suspecter une atteinte tuberculeuse de ce carrefour.

b - La Constipation.

La Constipation a attiré notre attention dans 4 cas où opiniâtre, concordant avec l'apparition des premiers symptômes, elle était au premier plan.

Parmi ces malades :

- 3 présentaient une Ascite tuberculeuse de type ulcérocaséeux.

Par contre chez 5 autres malades la constipation était passagère alternant avec des phases de diarrhée. Les explorations effectuées chez trois d'entre eux n'ont apporté aucun élément décisif d'orientation.

4 - Les Troubles Génitaux :

Nous les avons systématiquement recherchés. Sur les 69 femmes présentant une Ascite tuberculeuse apparaissant primitive, 62 étaient en période d'activité génitale. Parmi ces dernières nous avons rencontré 29 fois des troubles génitaux soit dans 46% des cas. IL s'agissait alors soit d'une aménorrhée soit de troubles menstruels divers.

A - L'Amenorrhée :

a été retrouvée dans 23 cas soit 37% des cas.

L'observation d'un tel symptôme nous a conduit à rechercher l'existence d'une tuberculose génitale associée. C'est ainsi que la biopsie de l'endomètre pratiquée 9 fois a montré l'existence d'une endométrite tuberculeuse typique dans 4 cas, endométrite non spécifique dans 3 cas, enfin dans 2 cas l'examen histologique était normal.

Tableau n° 5 : Répartition des cas d'Aménorrhée en fonction de l'âge et des antécédents.

N° + OBSV	A G E.	AMENORRHEE	Nb. d'enfants	Post - Partum
6	24	3 mois	2	
8	27	4 "	3	
10	36	5 "	6	Post - Partum
12	26	3 "	4	
17	25	3 "	3	
25	22	4 "	2	
26	26	3 "	0	
27	38	4 "	7	
33	18	5 "	0	
38	39	6 "	5	
39	19	4 "	0	
40	42	3 "	6	
48	27	1 an	5	
51	26	2 ans	4	
52	25	6 mois	3	Post - Partum
54	19	6 "	1	
57	41	4 "	7	Post - Partum
62	31	9 "	2	
64	31	6 "	4	Post - Partum
69	35	6 "	5	
71	29	5 "	2	
73	28	18 "	4	
74	35	6 "	7	

b - Les Troubles Menstruels :

Nous les avons rencontrés dans 6cas : Leur polymorphisme ne permet pas de tirer des conclusions sur leur valeur d'orientation.

OBSV.	T R O U B L E	Âge.	POST - PARTUM
F. 23.	Dysménorrhée	22	
F. 32	Dysménorrhée	37	
F. 41	Ménorragies	40	POST - PARTUM.
F. 49	Dys. + Leucorrhées	23	
F. 53	Oligoménorrhées	24	
F. 61	Ménométrorragies.	26	

Tableau n° 6 : Répartition des cas de troubles menstruels en fonction de l'âge et des antécédents.

Tableau récapitulatif concernant les signes Fonctionnels

SYMPTÔMES	Nbre. de Cas.	O/O
Douleurs :		
- Vagues	46	50 % env.
- Localisées	9	10 % env.
- Hypogastre	5	5,3%
- Epigastre	4	4,7 %
V O M I S S E M E N T S :	11 CAS.	12 %
TR. Du transit.		
Diarrhée	7	7,5 %
Constipation	9	10 %
TR. GENITAUX :		
AMENORRHEE :	23	33% des cas Fém.
TR. Menst. divers :	6	8,7% " " "

C - Les signes PHYSIQUES.

1 - L'Ascite :

L'ascite est le symptôme physique majeur. IL s'agit dans nos observations, soit d'une ascite libre soit d'une ascite cloisonnée.

a - L'Ascite Libre :

Dans la plupart de nos observations l'ascite est libre, mobile avec les mouvements du malade, donnant le signe du Flot; En effet, il en a été ainsi pour :

85 de nos malades : 22 hommes et 63 femmes, soit dans 91% des cas.

La palpation abdominale donne chaque fois, une sensation de résistance élastique de la paroi, particulière à l'Ascite Tuberculeuse, et qui semble attester de la réaction péritonéale.

Ces ascites libres sont d'abondance variable . Nous les avons classées en :

° ascite de grande abondance lorsque l'épanchement important déforme nettement l'abdomen avec déplissement de l'ombilic, gêne abdominale et thoracique intenses.

Ces épanchements ont nécessité 2 ou plusieurs ponctions dans les premiers jours de l'hospitalisation = 7 cas répondent à ces critères.

° 72 fois l'ascite est de moyenne abondance, déformant légèrement l'abdomen, facilement reconnue par l'examen.

° enfin les ascites de petite abondance caractérisées par un épanchement minime réduit à une mince lame liquidienne donnant simplement une submatité des flancs : 6 fois une telle ascite a nécessité pour sa reconnaissance une ponction exploratrice.

b - L'Ascite Cloisonnée :

Dans 8 cas par contre l'ascite était cloisonnée. IL s'agit le plus plus souvent d'ascites vues tartivement donnant un abdomen tendu et particulièrement sensible. Dans tous les cas l'epanchement est difficilement ponctionnable. Nous avons divisé ces Ascites cloisonnées en deux groupes :

- Les A.C. sans gâteau péritonéal
- Les A.C. avec gâteau Péritonéal.

1 - Ascites cloisonnées sans gâteau Péritoneal :

Trois de nos malades présentent une telle forme. IL s'agit de 2 femmes et d'un homme. Dans tous les cas, le diagnostic suspecte cliniquement a été confirmé par la Laparoscopie.

OBSV. F. 14 :

Femme âgée de 38 ans présentant une ascite évoluant depuis 4 mois.

A l'examen :

Ascite de moyenne abondance donnant une tension particulière de l'abdomen; La ponction est difficile ramenant quelques cm3 d'un liquide,

... jaune citrin, sérofibrineux, riche en albumine et en Lymphocytes.

La Laparoscopie décèle, à côté de quelques granulations tuberculeuses typiques disséminées sur le péritoine pariétal et viscéral, de très nombreuses adhérences péritonéales génant l'examen endoscopique.

OBSV. F. 17 :

Jeune femme âgée de 25 ans.
Ascite évoluant depuis 6 mois.
A l'examen : ascite de moyenne abondance présentant tous les caractères du cloisonnement. La Laparoscopie objective une forêt d'adhérences avec épaississement du péritoine pariétal, il existe par ailleurs une "glissonite".

OBSV. H. 15 :

Jeune homme âgé de 18 ans
Péritonite tuberculeuse ascitique évoluant depuis 4 mois, douleurs abdominales diffuses
A l'examen : ascite de petite abondance.
Abdomen douloureux à la palpation.

Laparoscopie : Très nombreuses adhérences prédominant au flanc et à la fosse Iliaque gauches.

2 - Ascite cloisonnée avec gâteau Péritonéal.

Chez 5 de nos malades nous avons rencontré cette forme d'Ascite tuberculeuse réalisant l'aspect particulier de Péritonite ulcérocaséeuse.

OBSV. F. 4 :

Jeune femme âgée de 26 ans.
Apparition progressive d'une ascite après un avortement spontané.
A l'examen : ascite de moyenne abondance.
Présence au niveau de la fosse iliaque droite d'une masse oblongue se prolongeant vers le petit bassin.
Laparoscopie :
granulations tuberculeuses typiques disséminées sur le péritoine pariétal et viscéral.
Importantes adhérences Présence d'une volumineuse formation caséeuse dans la Fosse Iliaque droite.

OBSV. F. 54 :

Jeune femme âgée de 19 ans.
Ascite de petite abondance apparue après un accouchement.
A l'examen on perçoit dans la fosse iliaque gauche une masse ferme, sensible de la taille d'une orange.

Laparoscopie : confirme l'existence d'un gâteau péritonéal dans la Fosse iliaque gauche.

OBSV. F. 65 :

Malade âgée de 36 ans.
Ascite apparue dans le Post-Partum.
L'examen note un gâteau péritonéal au niveau de la Fosse Iliaque gauche.
La Laparoscopie confirme le diagnostic.

OBSV. F. 56 :

Femme de 52 ans présentant une péritonite tuberculeuse ascitique avec gâteau péritonéal au niveau de la fosse Iliaque Droite.

OBSV. H. 16 :

Jeune hômme âgé de 16 ans.
Ascite de moyenne abondance apparue 5 mois après une primo-infection.
L'examen nôte un gâteau péritonéal à la Fosse Iliaque gauche confirmé par l'étude laparoscopique.

Ainsi contrairement aux études modernes il nous apparait qu'en Algérie, loin d'être rares, les Péritonites tuberculeuses ulcéro-caséeuses sont relativement fréquentes. Nous les avons rencontrées dans 5,4% des cas. Deux faits semblent intéressants à noter :

- la fréquence chez la femme
- l'existence d'une affection génitale associée :
  - 3 fois l'ascite survient dans le Post-Partum ou le Post-abortum (la biopsie de l'endomètre a prouvé dans deux de ces cas une tuberculose génitale .
  - dans 1 cas Tuberculose annexielle droite opérée après asséchement de l'ascite.

2 - Les Autres Signes Physiques :

En dehors de l'ascite qui représente le symptôme principal nous avons eu l'occasion de noter parfois d'autres signes anormaux.
C'est ainsi que nous avons relevé :

a - Dans 6 cas une tumeur palpable :

- 5 fois il s'agit de formations ulcéro-caséeuses, déjà signalées.
- dans 1 cas une tuberculose annexielle droite.

b - 6 fois une Hépatomégalie ou une hépatosplénomégalie (en dehors de toute cirrhose hépatique) :

- 3 fois une hépatomégalie
- dans 3 cas une hépatosplénomégalie.

Toutes ont été découvertes chez des femmes. Dans tous les cas :

- des Epreuves fonctionnelles hépatiques ont été pratiquées une ou plusieurs fois, nous avons dosé :

  Bilirubine directe et Indirecte
  Cholestérolémie totale et estérifiée; Phosphatases Alcalines.
  Protéines Plasmatiques.
  Taux de Prothrombine.
  Réactions de Floculation.

- par ailleurs la Laparoscopie a permis dans quatre cas une étude macroscopique puis histologique du Foie après ponction biopsie.

Une étiquette étiologique a pu être portée seulement dans 2 cas; il s'agit :

d'une stéatose hépatique (OBSV. F. 69) d'une tuberculose hépatique probable (OBSV. F. 37).

OBSV. F. 69 :

Jeune femme âgée de 35 ans admise dans le service pour rechute de Péritonite tuberculeuse...

... après rupture du traitement.
A l'entrée :

T° à 39°.
Mauvais Etat général.

A l'examen :

- Ascite libre de moyenne abondance
- Hépatomégalie ferme, lisse dépassant de quatre travers de doigts le rebord costal, avec un bord antérieur mousse.
- Splénomégalie ferme dépassant de 2 travers de doigts le rebord costal .

L'exploration fonctionnelle hépatique décèle des tests de floculation très perturbés :

Hanger +++ ; Mac Lagan.++

Laparoscopie : Foie nettement augmenté de volume, de surface régulière, pâle.

IL existe de très nombreuses granulations tuberculeuses sur le péritoine pariétal et viscéral.

P.B.F. : Aspect histologique de stéatose Hépatique diffuse.

OBSV. F. 37 :

Femme âgée de 43 ans, mariée, multipare.
Antécédents de tuberculose pulmonaire stabilisée
A l'entrée :

Très mauvais Etat général.
T° à 39°.

A l'examen:

- Ascite libre de moyenne abondance
- Hépatomégalie, ferme, lisse dépassant de 2 travers de doigts le rebord costal

- L'exploration fonctionnelle hépatique est très perturbée.
- La Laparoscopie montre un très grand nombre de granulations tuberculeuses typiques. IL existe peu d'adhérences. Le Foie est légèrement hypertrophié, hérissé sur toute sa surface visible de granulations.
- Cependant la PBF est peu concluante.

Par contre l'étiologie est restée mystérieuse dans quatre cas (1 hépatosplénomégalie et 3 hépatomégalies).

- Trois fois des troubles fonctionnels hépatiques ont pu être retrouvés.
- La Laparoscopie, de même que la PBF n'ont relevé aucun signe d'orientation diagnostic.

Ainsi la constatation d'une hépatomégalie ou d'une hépatosplénomégalie, en dehors des cirrhoses hépatiques, n'est pas rare au cours de l'ascite tuberculeuse. Nous les avons rencontrées 6 fois soit dans 6,4 % des cas.

Aux U.S.A. Burack et Hollister sur 47 cas notent 20 hépatomégalies en dehors de toute cirrhose hépatique.

En Algérie Mme. J. Bourreille, observe une hépatomégalie ou une hépasplénomégalie II fois. Comme dans notre série le diagnostic étiologique a été rarement porté : 2 fois seulement; dans 9 cas, faute de preuves formelles l'étiologie n'a pu être reconnue.

Tableau récapitulatif des Signes Physiques.

S Y M P T Ô M E S	Nbr. de Cas.	
Ascite :		
- Libre :	85	91 %
- Cloisonnée :	8	9 %
+ sans gâteau P.	3	3,3 %
+ avec gâteau P.	5	5,4 %
Hépatomégalie	3	3,3 %
Hépatosplénomégalie :	3	3,3 %

B - LES LOCALISATIONS TUBERCULEUSES ASSOCIEES AU COURS DE L'ASCITE TUBERCULEUSE APPARAMMENT PRIMITIVE

L'atteinte péritonéale par le Bacille de Koch n'est pas toujours isolée . Dans de nombreux cas en effet, d'autres localisations tuberculeuses actives, évoluent parallèlement à la péritonite.
Dans notre série nous avons rencontré :

- Des pleurésies.
- Des atteintes génitales.
- D'autres localisations plus rares. (adénopathie, tuberculose ostéoarticulaire. tuberculose pulmonaire).

1 - LES PLEURESIES :

Parmi les 93 malades porteurs d'une ascite tuberculeuse apparamment primitive, 24 présentent une pleurésie (soit 26% des cas) :

- 16 fois il s'agit d'une femme (27% des cas féminins).
- 8 fois il s'agit d'un homme (34% des cas masculins).

La répartition des cas de pleurésies en fonction de l'âge montre que cette atteinte s'observe dans plus de la moitié des cas entre 20 et 30 ans, aussi bien chez l'homme que chez la femme. Au delà de 30 ans elle est beaucoup plus rare (37,5% des cas).

Ces données sont reportées sur le tableau n° 7.

Tableau n° 7 :

=- REPARTITION DES PLEURESIES EN FONCTION -=
DE L'ÂGE ET DU SEXE

ÂGE	Nbr. Total de Pleurésies	Femmes	Hommes	Nbr Total de Cas.
15 à 20	1	1	0	21
21 à 30	14	9	5	32
31 à 40	6	4	2	17
41 à 50	3	2	1	8
51 à 60	0			8
61 à 70	0			5
71 à 80	0			2
TOTAL =	24	16	8	93 Cas

Dans la plupart des cas (20) les épanchements pleuraux ne furuent reconnus que par l'examen clinique systématique tant leur expression clinique était fruste ou inexsitante. A chaque fois la ponction pleurale exploratrice et la radiographie thoracique sont venus confirmer les suspiçions cliniques.

Dans quatre cas par contre la pleurésie est soupçonnée dès l'interrogatoire du malade qui signale des douleurs Thoraciques,une gêne à l'inspiration : il s'agit là de pleurésies abondantes ou en voie d'enkystement.

Leur siège est variable :

- 14 fois à droite.
- 9 fois à gauche.
- 1 fois pleurésie bilatérale.

IL en est de même pour leur abondance :

- 19 fois il s'agit d'épanchements pleuraux à minima prouvés par la ponction exploratrice et se traduisant à la radiographie par un simple comblement du cul de sac costodiaphragmatique.
- 5 fois par contre l'épanchement est très abondant nécessitant alors une ponction pleurale évacuatrice d'urgence.

Dans tous les cas la thoracenthèse a ramené un liquide jaune citrin, riche en albumine et en lymphocyte ne renfermant aucun germe et notamment pas de BK à l'examen direct.

Mais quelles que soient leurs modalités cliniques d'apparition et leurs caractères, ces pleurésies accompagnatrices répondent à un certain nombre de faits:

- Difficulté d'affirmer la préexistence de l'atteinte péritonéale ou de l'atteinte pleurale lorsque le tableau associant ces deux lésions est constitué dès l'entrée : il en a été ainsi pour 16 de nos malades.

... Cependant trois fois l'épanchement pleural est apparu en cours d'évolution réalisant une forme péritonéopleurale.

Par contre 5 fois l'atteinte pleurale a précédé l'ascite réalisant une forme pleuropéritonéale.

- Par ailleurs : la fièvre est constante tous nos malades présentent une température supérieure à 38° à l'entrée.
- L'état général est plus altéré que chez les autres malades.

Ainsi l'atteinte pleurale est fréquente au cours de l'ascite tuberculeuse. Nous l'avons rencontré 24 fois.
Aux U.S.A. JOHNSTON et SANFORD notent une pleurésie chez 8 de leurs 12 malades. De même BURACK et HOLLISTER la signalent dans 43 % des cas.
En France J.P. Etienne et J. CHRETIEN constatent 5 épanchements pleuraux chez leurs 18 malades présentant une péritonite ascitique.
Madame J. Bourreille en Algérie relève une atteinte pleurale dans 38,7 % des cas.
Par contre l'atteinte péricardique signalée par des études similaires n'a jamais été retrouvée dans notre série malgré les investigations cliniques ét électrocardiographiques entreprises systématiquement.

II.- LA TUBERCULOSE GENITALE :

Nous avons rencontré dans 7 cas une tuberculose génitale prouvée par la biopsie de l'endomètre. IL s'agit de jeunes femmes en période d'activité génitale chez lesquelles la biopsie de l'endomètre a été pratiquée :

- Soit pour une aménorrhée (4 fois)
- Soit au cours d'un bilan systématique lorsque l'ascite apparait après un accouchement ou un avortement (3 fois).

Cette tuberculose de l'endomètre est associée :

- A une pleurésie dans un cas (OBSV.F.2.)
- A des adénopathies dans l'autre cas (OBSV. F. 44.).

III. - LES ASSOCIATIONS TUBERCULEUSES PLUS RARES :

Nous avons constaté :

- Une fois une tuberculose pulmonaire évolutive.
- Trois fois une tuberculose ganglionnaire.
  - périphérique chez 2 jeunes fille âgées successivement de 17 ans et 19 ans.
  - Abdominale entrainant une sténose du pylore dans un cas.
- Dans deux cas enfin nous avons suspecté une tuberculose intestinale devant des douleurs abdominales répétées, des troubles de transit intestinal. Le transit baryté de l'intestin grêle a montré chaque fois des anomalies de la région iléo-coecale.

Mais ces images n'ont permis de porter qu'un diagnostic de probabilité.

Ainsi, en dehors des polysérites l'atteinte tuberculeuse concomittante de différents organes au cours de l'ascite T. est possible.

JOHNSTON et SANFORD signalent 2 tuberculoses génitales sur 8 femmes et deux cas de tuberculose pulmonaire évolutive.

HUGUES et CARR ont pu observer II cas de tuberculose pulmonaire sur 34 malades, 4 cas de tuberculose intestinale et une tuberculose génitale.

Mme. J. Bourreille note :

- 7 fois une tuberculose pulmonaire.

- 3 fois une tuberculose génitale.
- 3 fois une tuberculose intestinale.

-= L O C A L I S A T I O N S - A S S O C I E E S =-		
SYMPTÔME	Nbr de Cas	0/0
PLEURESIE	24 Cas	26 %
T.B. GENITALE	7 Cas	10 % de cas féminins
T. P.	1 Cas	1,1 %
T.B. Ganglionnaire	3 Cas	3,2 %
T.B. intestinale (présomption)	2 Cas	2,2 %

Tableau n° 8 : Les localisations tuberculeuses associées au cours de l'ascite tuberculeuse apparemment primitive.

C - TUBERCULOSE SURINFECTANT UNE CIRRHOSE HEPATIQUE -

Dans notre série de 100 malades, 7 cas de péritonite tuberculeuse compliquant une cirrhose hépatique ont pu être dénombrés. IL s'agit de 5 femmes et de 2 hommes.
5 d'entre eux présentent une cirrhose hépatique Hypertrophique avec Splénomégalie. Dans un cas il s'agit d'une cirrhose Hypertrophique sans Splénomégalie, enfin le dernier malade est atteint d'une cirrhose atrophique.
L'étiologie de ces cirrhoses n'a pu être retrouvée dans aucun cas. La surinfection tuberculeuse a été soupçonnée dans différentes circonstances.

- Dans un cas, le malade étant admis pour le bilan d'une ascite, le diagnostic de cirrhose compliquée de péritonite tuberculeuse est le fruit de l'examen Laparoscopique suivi de PBF. (OBSV. F. 35).
- Dans les 6 autres cas la cirrhose est le motif de l'hospitalisation; La tuberculose péritonéale est suspectée devant:
  - ° Des douleurs abdominales dans 2 cas (OBSV. H. 13 et F. 55).
  - ° La richesse en protéines et en lymphocytes du liquide d'ascite dans tous les cas.
- IL est à signaler qu'aucun de nos malades ne présente de fièvre élevée, par ailleurs l'état général n'est jamais très altéré.

OBSV. H. 13 :

Homme âgé de 58 ans présentant un syndrome oedémato-ascitique évoluant depuis 12 mois, des douleurs abdominales intermittentes.
A L'examen :

- hépatosplénomégalie.
- ascite de moyenne abondance s'accompagnant de circulation collatérale.
- oedemes des membres inférieurs.

L'exploration fonctionnelle hépatique est très perturbée.
La ponction péritonéale ramène un liquide jaune citrin très riche en albumine (42 G/L) et en lymphocytes (70 %). La Laparoscopie objective de très nombreuses granulations tuberculeuses typiques disséminées sur le péritoine pariétal et viscéral.
IL existe une hépatomégalie, le foie est de couleur grisâtre, sa surface est parsemée de petits nodules. La ponction hépatique objective une cirrhose annulaire typique.

OBSV. H. 14 :

Homme âgé de 64 ans présentant une ascite libre évoluant depuis 3 mois.
A L'examen :

- Ascite de moyenne abondance
- Hépatosplénomégalie, circulation collatérale;l'exploration fonctionnelle hépatique est peu perturbée.
- Le liquide d'ascite ramené à la ponction est un exsudat (albumine 40 G/L) riche en Lymphocytes.
- La Laparoscopie décèle à côté de rares granulations tuberculeuses typiques de très nombreuses adhérences recouvrant en partie le foie qui est augmenté de volume, sa dureté nécessite 2 tentatives pour une biopsie

... hépatique PBF : Cirrhose hépatique.

OBSV. F. 35 :

Femme de 43 ans.

- Ascite libre de moyenne abondance hépatomégalie dure, irrégulière ; il n'y a pas de splénomégalie, pas de circulation collatérale.
- L'exploration fonctionnelle hépatique est très perturbée.
- La ponction d'ascite ramène un liquide riche en albumine (38 G) et en lymphocytes 90 %.

- La Laparoscopie, permet de confirmer la tuberculose péritonéale, la PBF. la cirrhose hépatique.

OBSV. F. 51 :

Femme de 26 ans.
Aménorrhée depuis 7 mois.
A l'examen :

- Ascite de moyenne abondance.
- Hépatosplénomégalie.
- Circulation collatérale.
- Epanchement pleural gauche.
- Exploration fonctionnelle hépatique nettement perturbée.
- La Laparoscopie:
  Gros foie très pathologique de couleur gris foncé, déformé par de nombreux nodules.

- Nombreuses granulations tuberculeuses.
- Rares adhérences.
- PBF : Foie de cirrhose.

OBSV. F. 55 :

Jeune fille de 17 ans.

- Ascite libre de moyenne abondance, douleurs abdominales paroxystiques.
- Hépatomégalie dure nodulaire.
- Très grosse rate.
- Exploration fonctionnelle hépatique très perturbée.
- Liquide d'ascite : exsudat riche en Lymphocytes.
- La Laparoscopie décèle :
  - Un foie hypertrophié de couleur brunâtre présentant à sa surface de nombreux nodules.
  - Présence de quelques granulations tuberculeuses typiques
  - PBF : cirrhose annulaire typique.

Deux autres observations typiques de péritonite tuberculeuse surinfectant une cirrhose hépatique ont pu être recueillies (OBSV. F. 58 et F. 59). Elles réalisent des tableaux semblables à ceux que nous avons décrits.
Ainsi l'association tuberculose péritonéale et cirrhose hépatique n'est pas rare. Ce fait semble lié au terrain même de l'affection hépatique qui, on le sait fait le lit de bien d'infections, de la tuberculose en particulier.
Nos constatations rejoignent celles de différents auteurs.

- En France, J.P. Etienne et J. CHRETIEN, sur 18 malades porteurs d'une ascite tuberculeuse trouvent 6 cirrhoses hépatiques.
- En Algérie Mme. J. Bourreille dénombre 4 cirrhoses hépatiques chez 92 malades porteurs d'une péritonite tuberculeuse ascitique.

D - LES FORMES PSEUDOCANCEREUSES DE L'ASCITE TUBERCULEUSE -

Nous en avons observé trois cas concernant des sujets âgés de plus de 50 ans, 2 femmes et 1 homme.
Le tableau clinique réalisé est variable :

- Parfois, la coexistence de l'ascite avec un mauvais état général confinant à la cachexie nous a fait penser en premier lieu à un épanchement d'origine néoplasique (OBSV. F. 21).

- Ailleurs ce sont des signes physiques anormaux qui compte tenu de l'âge avancé des malades et de la coexistence de l'ascite ont fait d'emblée évoquer la malignité (OBSV. F. 56 - H. 12).

OBSV. F. 21 :

Femme âgée de 70 ans.
Apparition très progressive d'une ascite avec amaigrissement très important, anorexie, fièvre de degré élevé (39° 5) à l'entrée.
Par ailleurs constipation opiniatre d'apparition récente.

Au Total : :
Ascite apparue insidieusement chez une femme âgée de 70 ans présentant un très mauvais état général et des troubles du transit instestinal. Ce tableau fait suspecter un cancer digestif.

En fait : - Les différents examens radiologiques éliminent cette éventualité.

- Le Diagnostic de péritonite ascitique du sujet âgé, est confirmé par l'étude Laparoscopique qui montre un aspect typique de tuberculose péritonéale.

OBSV. F. 56 :

Femme âgée de 52 ans.
Début atypique de l'affection, caractérisé par de vives douleurs abdominales prédominant à la fosse Iliaque droite, s'accompagnant d'une constipation opiniatre inhabituelle. Bientôt apparait au niveau de la FID, une masse dure irrégulière, augmentant progressivement de volume, génératrice d'accidents subocclusifs.
L'ascite survient enfin, motivant l'hospitalisation.
A l'examen :

Etat général très altéré.

Ascite de moyenne abondance dont la ponction ramène un liquide hémorragique riche en protéines et en lymphocytes; il n'y a pas de cellules malignes.

- Masse dure et sensible à la FID.
- Le toucher vaginal l'identifie comme étant une masse latéroutérine droite.

Au total :

Suspicion de néoplasie colique ou annexielle.

En fait ;

L'ensemble des examens effectués,...

... a permis de porter le diagnostic de péritonite tuberculeuse ascitique avec gâteau péritonéal au niveau de la FID. Tuberculose annexielle droite.

OBSV. H. 12 :

Homme âgé de 56 ans.
Début remontant à trois mois caractérisé par :

- Des douleurs épigastriques atypiques suivies,
- Par la constitution rapide d'une ascite de moyenne abondance, séro-fibrineuse, riche en albumine et en lymphocytes.

A l'examen :

- Très mauvais état général avec amaigrissement évident.

Au total :

- Suspicion de cancer gastrique avec métastases péritonéales.

En fait :

- La Laparoscopie redresse le diagnostic en mettant en évidence des lésions typiques de péritonite tuberculeuse.

Telles sont nos trois observations d'ascite tuberculeuse pseudo-cancéreuse. Ces aspects sont classiques et peuvent comme nous l'avons vu,, égarer le diagnostic.

Cependant, alors que dans notre série leur nombre est restreint nous avons constaté que les différents auteurs d'études semblables, en rapportent de nombreux cas :

Mme. J. Bourreille les observe dans 11% des cas GIRARD, Planchu et Michel en dénombrent 9 sur leur 25 malades.

Poinso, et H. Monges soulignent la fréquence de ces formes pseudocancéreuses et en décrivent différents aspects :

- Forme avec un mauvais état général
- Forme tumorale.
- Forme avec des signes de sténose digestive.

CHAPITRE IV

- LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES -

Nous avons divisé l'étude des examens complémentaires en deux chapitres :

1 - Les Examens Systématiques. :

- Hemogramme
- Vitesse de Sedimentation.

II - Les Examens à visée Diagnostique. :

A - Examens ayant une valeur de présomption.

B - Examens ayant une valeur de certitude.

1 - LES EXAMENS SYSTEMATIQUES - :

A - La numération et formule sanguine.

Cet examen fait partie du bilan biologique systématique de nos malades. IL nous a été donné d'observer dans de nombreux cas des perturbations nettes de cet hémogramme.

1 - L'Anémie :

C'est ainsi qu'une anémie est relevée chez 57 de nos malades, 44 femmes et 13 hommes. Elle existe à des degrés divers :

- dans 26 cas il s'agit d'une anémie modérée variant entre 3.500.000 GR et 4M.
- dans 22 cas c'est une anémie importante comprise entre 3M et 3.500.000 GR.
- Enfin, 9 fois l'anémie est sévère, le taux de GR étant inférieur à 3M; cet état est principalement rencontré dans les cirrhoses hépatiques dans ce cas s'ajoute par ailleurs une leucopénie, évoquant alors la possibilité d'un hypersplénisme.

L'anémie est donc un symptôme fréquent au cours de l'ascite tuberculeuse. Mme. J. Bourreille relève une chute du taux de G.R. dans 75 % des cas, JOHNSTON et SELFORD 10 fois sur 12.

2 - La Numération Leucocytaire :

Nous avons rencontré différents types d'anomalies de la formule blanche.

- La Leucopénie :
  28 de nos malades présentent une chute du taux de GB, au dessous de 4000 G.B. Dans

... 17 cas la leucopénie est isolée et ne s'accompagne d'aucune perturbation notable de la numération érythrocytaire. Dans 11 cas par contre (dont 6 cirrhoses Hépatiques) elle est associée à une anémie sévère.

- L'Hyperleucocytose :

Une augmentation du chiffre de G.B. au délà de8000/mm3 est relevée chez 20 de nos malades :

II fois il s'agit d'une ascite banale; 6 fois d'une forme pleuropéritonéale, 3 fois enfin, d'une ascite cloisonnée avec gâteau péritonéal.

3 - La Formule Leucocytaire :

- La Polynucléose neutrophile est la règle pour la majeure partie de nos malades (elle représente alors 70 à 80% du nombre de G.B) Seuls 38 d'entre eux présentent un taux de polynucléaires neutrophiles normal ou abaissé.

- La lymphocytose est fréquente; chez 33 de nos malades elle varie entre 25 à 40 %. Dans 3 cas notamment il existe une véritable inversion de la formule leucocytaire avec prédominance du taux de lymphocytes.

- La Lymphopénie est plus rare. Dans 23 cas le taux de lymphocytes est inférieur à 18%.

B - La vitesse de sédimentation Globulaire :

La vitesse de sédimentation est toujours très accélérée. Chez 83 malades, elle est comprise entre 50 et 100 mm à la 1ère heure; 17 fois elle est nettement supérieure à 100 mm dès la

... première heure. Cependant cet examen a un intérêt limité car non spécifique, il ne permet pas la discrimination de l'ascite cirrhotiqueou néoplasique. Néanmoins il peut servir de test évolutif permettant d'apprécier les résultats thérapeutiques.

- LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES SYSTEMATIQUES -

D O N N E E S	Nbr. de Cas.	0 / 0.
ANEMIE : -	..... 57 Cas.	57 %
- Modérée : ..... (3 M. 500.0000 à 4.M. de G.R.).	..... 26 Cas.	
- Importante : - ..... (3 M. à 3 M. 500.000).	..... 22 Cas.	
- Grave : - ..... (3 M. de G.R.).	..... 9 Cas.	
NUMERATION LEUCOCYTAIRE		
- L E U C O P E N I E -	..... 28 Cas.	
HYPERLEUCOCYTOSE :	..... 20 Cas.	
FORMULE LEUCOCYTAIRE -.		
- Polynucléose NEUTRO :.....	..... 62 Cas.	62 %
- LYMPHOCYTOSE :	..... 33 Cas.	33 %
- LYMPHOPENIE :	..... 23 Cas.	23 %
VITESSE DE Sédimentation.- à la première heure.		
- 50 mm (VS (100 mm	..... 83 Cas.	
- VS) 100 mm	..... 17 Cas.	

II - LES EXAMENS A VISEE DIAGNOSTIQUE -

A - Arguments de Présomption :

1 - Réactions cutanées à la tuberculine :

Comme dans les tuberculoses des autres séreuses, et conformement aux différents travaux effectués en ce sens on sait que les réactions cutanées à la tuberculine sont loin d'être toujours positives. Dans notre série ces tests cutanés, ont été effectués chez 92 malades; il a été pratiqué :

- 49 fois une intradermoréaction à la tuberline IP 48 à 10 U.
- 43 fois une cuti-réaction.

Nous avons classé les réactions suivant leur intensité en 3 groupes :

° Des réactions négatives ont été constatées chez 12 malades soit dans 13 % des cas (Tableau n° 9). Cette anergie pourrait s'expliquer dans 4 cas :

. Par le mauvais état général des malades confinant à la cachexie, 3 fois (OBSV. F. 11. - F. 27 - F.69).

. Par l'existence d'une cirrhose hépatique associée, 1 fois (OBSV. F. 15).

Par contre dans les 8 cas restants aucune explication valable n'a pu être retenue.

TABLEAU N°9.

Réactions cutanées Négatives.

N°. OBSV.	A G E	TYPE D'ASCITE	Localisations Tub. Associées.
F. 1	30 ans	Ascite libre	0
F. 4	26 ans	Ascite cloisonnée avec gâteau périt.	Endom.
F. 5	20 ans	Ascite libre	0
F. 11	32 ans	Ascite libre	0
F. 15	45 ans	Ascite libre	0
F. 22	22 ans	Ascite libre	0
F. 27	38 ans	Ascite libre	0
F. 30	51 ans	Ascite libre	0
F. 47	19 ans	Ascite libre	0
F. 51	26 ans	Ascite libre	Ept. Pleural Gche.
F. 69	35 ans	Ascite libre	Ept. Pleural Dt.
H. 7	57 ans	Ascite libre	0

° 69 fois la réaction était positive de faible (cutiréaction à +; IDR à 10 u entre 8 et 12 mm) ou de moyenne intensité (cutiréaction à ++; IDR à 12 et 15 mm), ce qui représente 75 % des cas.

° Chez II malades la réaction a été fortement positive (cutiréaction à +++; IDR 15 mm) soit dans 12 % des cas.
Ces réactions ont été enregistrées chez 9 femmes et 2 hommes.

Tableau n° 10 : Représentation des cas de Fortes réactions cutanées à la Tuberculine.

°. OBSV.	Â G E	TYPE D'ASCITE	Localisation Tub. associée.
F. 8.	27. ans	Ascite libre + Hépato d'étio indéterminée	
F. 9.	17. ans	Ascite libre.	Adénopathie.
F. 10.	36. ans	Ascite libre.	PSF. Dte.
F. 12.	26. ans	Ascite libre.	PSF. Dte.
F. 16.	31. ans	Ascite libre.	PSF. Gche.
F. 19.	28. ans	Ascite libre.	0
F. 36.	24. ans	Ascite libre.	0
F. 63.	38. ans	Ascite cloisonnée sans gâteau péritonéal.	0
F. 59.	57. ans	Ascite libre + Cirrhose.	
H. 9.	20. ans	Ascite libre.	0
H. 16.	18. ans	Ascite cloisonnée + Gâteau péritonéal.	0

IL est à noter que ces très fortes réactions positives ont été enregistrées :

- Principalement chez des sujets jeunes.
- 4 fois chez des sujets porteurs d'une autre localisation tuberculeuse associée.
- 2 fois chez des malades porteurs d'une ascite tuberculeuse ulcéro-caséeuse.

Ainsi les réactions cutanées à la tuberculine sont le plus souvent d'intensité faible ou moyenne (75 % des cas); elles sont rarement fortes (12 % des cas), parfois négatives (13 %). Pour G.Canetti, 75 % des réactions sont négatives ou faiblement positives; 20 % sont de moyenne intensité; 5 % sont très fortes. Mme. J. Bourreille note 25,5 % de réactions négatives et 74,5 % de réactions positives.
Par contre J.P. Etienne et J. CHRETIEN, sur une étude de 32 malades, n'ont pas noté de réaction tuberculinique négative .

2 - Examen CHIMIQUE et CYTOLOGIQUE du liquide d'ascite.

Une étude chimique et cytologique du liquide d'ascite a été effectuée chez 97 de nos malades. (Les trois autres résultats, incomplets sont ininterprétables.)

- Macroscopiquement le liquide a été :

  Citrin dans 94 cas.
  Hemorragique dans 2 cas.
  Chyliforme dans 1 cas.

- Du point de vue chimique le taux d'albumine a été supérieur à 30 g/litre chez tous nos malades, en moyenne 41 g/litre, le taux maxima atteint étant de 71 g/l.

- L'examen cytologique du liquide d'ascite a une plus grande valeur d'orientation. En effet une lymphocytose prédominante supérieure à 80 % a été rencontrée dans 95 cas; 2 fois le taux de lymphocytes a été bas : de l'ordre de 50 %. Nous n'avons jamais remarqué de polynucléose prédominante.

- Enfin, lorsque l'âge du malade a fait naître des doutes sur l'étiologie réelle de l'ascite, une recherche de cellules malignes dans le liquide prélevé a toujours été effectuée : elle a été constamment négative.

Ces données sont habituelles au cours de l'ascite tuberculeuse : une ascite à type d'exsudat, riche en lymphocytes, ne renfermant pas de cellules néoplasiques doit être en effet rattachée à la tuberculose jusqu'à preuve du contraire.

De nombreux auteurs attachent beaucoup d'importance à ces critères :

Burack et Hollister insistent sur la lymphocytose prédominante.

Mme. J. Bourreille a constaté dans la majorité des cas " un liquide de type inflammatoire avec lymphocytose abondante ".

J. P. Etienne et J. CHRETIEN, par contre, notent des résultats sensiblement différents : Seules les ascites tuberculeuses en apparence primitives répondent aux critères habituels; mais lorsque la tuberculose surinfecte une cirrhose hépatique la teneur en albumine du liquide d'ascite est faible. Pour notre part nous n'avons pas relevé cette anomalie.

Au total :

Si l'étude des tests tuberculiniques n'est pas un élément décisif dans l'orientation du diagnostic étant donnée la fréquence des ...

... réactions négatives, l'analyse chimique et cytologique du liquide d'ascite peut par contre orienter les recherches lorsqu'elle objective l'abondance en albumine quasiconstante dans l'épanchement tuberculeux, et la lymphocytose prédominante.

B - Arguments de certitude :

I - Analyse bactériologique du liquide d'ascite.

L'examen bactériologique du liquide d'ascite a été pratiqué 90 fois chez nos malades. IL a pour but d'apporter la preuve de la nature tuberculeuse de l'épanchement en y mettant en évidence le bacille de Koch aussi bien après examen direct, qu'en culture sur milieu de Lowenstein-Jensen.

Dans notre série :

- le bacille de Koch ne fut jamais décelé à l'examen direct.
- Cependant dans 7 cas la culture a été positive soit dans 7,7 % des cas.
- IL n'a pas été pratiqué d'Inoculation au cobaye.

Néanmoins, chaque fois que le germe a été isolé, sa sensibilité aux antibiotiques a été étudiée : c'est ainsi que dans 1 cas, une résistance probablement primaire à la Streptomycine, a été décelée.

TABLEAU N° 11 :

OBSV.	TYPE D'ASCITE	Lésions T. Associées.	Réact. Tuberc.	ANT	Age	Evolution.
F. 25.	Ascite libre.	0	10 mm.	Mari.	22	T.B.
F. 43.	Ascite libre.	PSF. Gauche.	10 mm.	POST.P.	22	T.B.
F. 47.	Ascite libre.	0	Négative	PI. Réc.	19	Bonne
F. 53.	Ascite libre.	PSF. Bilatérale	10 mm.	0	24	A.B.
F. 57.	Ascite libre.	0	10 mm.	TOA	41	Rechute
H. 16.	Ascite cloisonnée.	0	20 mm.	PI. Rec	18	Bonne
H. 25.	Ascite libre.	0	10 mm.	Femme.	43	Bonne.

Représentation des cas pour lesquels la culture a été positive.

La découverte du B.K. par l'examen bactériologique du liquide d'ascite est donc rare. La plupart des études publiées en ce sens confirment cette impression.

Ainsi HYMAN et collaborateurs trouvent seulement 2 cultures positives sur 17 ascites tuberculeuses.
J.P. Etienne et J. CHRETIEN signalent une culture positive sur 16 ascites tuberculeuses.
Par contre **Burack** et Hollister notent 16 % de cultures positives, dans leur série.

Signalons enfin que Hugues et Carr ne retiennent comme seul critère du diagnostic que la tuberculisation du cobaye, attitude extrême qui les oblige a écarter 90 dossiers sur 124 malades observés à la Mayo Clinic.

L'examen bactériologique est donc décevant pour la plupart des auteurs. IL nous semble cependant qu'une attitude plus " agressive " à la recherche du Bacille de Koch, en multipliant le nombre des cultures (3 à 6) et en utilisant des milieux de culture liquides, pourrait entraîner une nette amélioration des résultats de cet examen comme c'est le cas pour les méningites et les pleurésies tuberculeuses.

2 - La Laparoscopie :

Le peu de spécificité des résultats destests tuberculiniques, de l'examen chimique et cytologique, les nombreuses défaillances de l'examen bactériologique, confèrent à la Laparoscopie une place de choix dans le diagnostic de la péritonite tuberculeuse. Examen facile, d'une inocuité absolue, sa pratique ne connaît que quelques limites.:

- Présence d'un épanchement très abondant qu'il faut évacuer; adhérences importantes rendant impossible l'introduction de l'endoscope (deux fois dans notre série).

Cet examen a été pratiqué chez 89 de nos malades avant ou en début de traitement. Chez aucun d'entre eux il n'a été fait de laparoscopie de contrôle. Par ailleurs aucune biopsie n'a été effectuée .

Selon les circonstances cette investigation a permis :

- de confirmer un diagnostic cliniquement évident.
- de préciser un diagnostic cliniquement douteux.

- de préciser la forme anatomique de l'atteinte péritonéale.
- enfin, de rectifier un diagnostic erronné.

a - <u>La Laparoscopie permet de confirmer un diagnostic cliniquement évident</u> :

IL en est ainsi pour 61 de nos malades jeunes ou d'âge moyen, présentant une ascite isolée, fébrile, avec ou sans autre localisation tuberculeuse, l'examen cytochimique du liquide d'ascite orientant vers une étiologie tuberculeuse.

Ici la laparoscopie est pratiquée :

- 35 fois avant tous traitement
- 26 fois, 7 à 10 jours après le début de l'antibiothérapie spécifique.

Dans tous les cas elle permet de mettre en évidence les aspects spécifiques de la péritonite tuberculeuse représentés par l'existence de granulations tuberculeuses isolées ou associées à des adhérences. :

- Huit fois ces granulations sont isolées apparaissant comme de petites élevures plus ou moins accuminées, blanchâtres ou jaunâtres, de petites dimensions. Leur topographie et leur nombre sont variables :
  - parfois nombreuses, elles sont disséminées dans toute la cavité péritonéale, aussi bien sur le péritoine pariétal que sur péritoine viscéral (5 cas).
  - ailleurs, en nombre réduit, elles se localisent sur les...

... anses intestinales, le péritoine pariétal et dans les fosses iliaques (3 fois).

- 53 fois les granulations sont associées à des adhérences péritonéales. Ces dernières ne permettent pas d'affirmer le diagnostic car elles peuvent être rencontrées dans de nombreuses autres affections abdominales. Elles sont néanmoins une grande valeur d'orientation.

  - dans la plupart des cas (43 cas) les adhérences sont peu importantes ne gênant pas l'examen laparoscopique.
  - Parfois par contre, (10 fois,) elles sont très importantes réalisant une véritable forêt d'adhérences qui limite les possibilités d'exploration endoscopique.

Quoiqu'il en soit, chez 61 malades, grâce à la laparoscopie, la découverte de granulations tuberculeuses isolées ou associées à des adhérences péritonéales, a permis de confirmer les impressions cliniques et de porter le diagnostic de tuberculose péritonéale.

b - <u>La Laparoscopie permet de préciser un diagnostic cliniquement douteux</u>.

IL en a été ainsi dans 18 cas, pour lesquels l'examen clinique n'a pu trancher :

- soit en raison de l'existence d'une hépatomégalie ou d'une hépatosplénomégalie (13 Cas).

- Soit en raison de l'âge avancé du malade (5 cas).

- PREMIER GROUPE DE MALADES

En dehors des cirrhoses hépatiques et des OBSV. F. 69 et F. 37 déjà rapportées, il nous aurait été difficile, sans l'aide de la laparoscopie, de rattacher à la tuberculose une ascite apparue progressivement chez quatre de nos malades porteurs d'une hépatomégalie ou d'une hépatosplénomégalie. Le premier diagnostic évoqué étant celui de cirrhose hépatique en décompensation ascitique.
Parmi ces cas nous avons choisi deux observations caractéristiques.

OBSV. F. 14 :

Femme âgée de 39 ans, mariée, multipare, sans antécédent particulier, consultant pour une ascite d'apparition progressive. L'examen met en évidence une ascite libre de moyenne abondance, une hépatomégalie ferme dépassant de trois travers de doigts le rebord costal IL n'y a pas de splénomégalie.
La cuti - réaction est positive.

L'exploration fonctionnelle hépatique est très perturbée : Hanger+++ Mac Lagan ++; taux de Prothrombine à 64 %. Le liquide d'ascite est un exsudat riche en lymphocytes.
Au total : Tableau clinique de

cirrhose hépatique, mais l'existence d'une ascite de type inflammatoire rend ce dg hésitant. La Laparoscopie tranche le problème en montrant des lésions péritonéales spécifiques.
La P.B.F. affirme l'intégrité hépatique.

OBSV. F. 15.

Femme âgée de 4 5 ans, présentant une ascite apparue progressivement précédée par des troubles de l'état général avec fièvre, amaigrissement notable.
A l'examen, on note en dehors d'une ascite libre de moyenne abondance, une hépatomégalie ferme dépassant de trois travers de doigts le rebord costal accompagnée d'une splénomégalie ferme. L'intradermoréaction à la tuberculine est négative.
L'exploration fonctionnelle hépatique est perturbée. IL existe par ailleurs une anémie, une leucopénie évoquant un hypersplénisme.
Le liquide d'ascite présente une teneur moyenne en albumine (33 g./l); il est riche en lymphocytes.
Au total : l'examen clinique est en faveur d'une cirrhose hépatique; cependant on pense à une surinfection péritonéale, en raison des caractères du liquide d'ascite.

La Laparoscopie, en visualisant des lésions péritonéales typiques redresse le diagnostic.
La P.B.F. montre l'intégrité du parenchyme hépatique.

- DEUXIEME GROUPE DE MALADES -

IL concerne des sujets âgés de plus de 50 ans. En dehors des aspects pseudocancéreux que nous avons signalés dans lesquels un tableau clinique particulier fait errer le diagnostic, il est des cas où la seule apparition de l'ascite chez le sujet âgé, en absence de tout autre signe clinique, constitue un symptôme d'alarme évoquant la néoplasie. Cinq de nos malades (OBSV. F. 18 -H3 F. 29 - H. 7 - H. 11) ont posé ce problème.

A chaque fois la laparoscopie a balayé les doutes et a affirmé l'étiologie tuberculeuse de ces ascites.

c - La Laparoscopie permet de préciser la forme anatomique de l'atteinte péritonéale :

- Dans notre série son intérêt majeur fut de prouver la nature tuberculeuse de certaines masses abdominales palpables associées à l'épanchement permettant ainsi d'isoler des formes ulcérocaséeuses de l'ascite tuberculeuse. Nous avons rapporté déjà nos 5 observations concernant cet aspect particulier.
- Par ailleurs, grâce à la laparoscopie il

nous a été donné d'observer une réaction particulière au niveau de la capsule périhépatique réalisant selon son intensité

° soit une périhépatite fibreuse lâche, simple densification de la capsule de glisson, laissant passer l'aiguille à biopsie hépatique.
Nous en avons observé 2 cas. La P.B.F. a ramené à chaque fois un fragment de parenchyme hépatique histologiquement normal.

° Soit une véritable gangue scléreuse emprisonnant le foie, réalisant le " foie glacé " de Curshman : cet aspect a été constaté une fois. On sait que classiquement son évolution se fait spontanément vers la cirrhose hépatique de type centripète liée à " l'étouffement" progressif du parenchyme hépatique.

d - La Laparoscopie permet de rectifier un diagnostic erroné :

IL en est ainsi dans 1 cas.

OBSV. F. 69 :

Malade âgée de 57 ans, multipare, présentant depuis 5 mois.

- une dyspnée avec toux sèche.
- une ascite avec oedème des membres inférieurs.

Hospitalisée, elle est alors traitée sans

... succès pour cardiopathie...
Elle est revue un mois plus tard, à la clinique médicale où devant l'exsitence :

- d'une IDR à 10 u de tuberculine, positive à 20 mm.
- d'un liquide d'ascite de type inflammatoire.

le diagnostic de péritonite tuberculeuse est suspecté. La Laparoscopie le confirme et note par ailleurs un foie d'allure cirrhotique.
La PBF montrera des lésions histologiques caractéristiques d'une cirrhose.
Au total : Tuberculose péritonéale ascitique greffée sur cirrhose hépatique.

- CHAPITRE V -

LE TRAITEMENT DE L'ASCITE TUBERCULEUSE

LE TRAITEMENT DE L'ASCITE TUBERCULEUSE

Comme dans toutes les tuberculoses, l'avénement des antibiotiques actifs contre le Bacille de Koch a non seulement transformé le pronostic et l'aspect clinique des péritonites tuberculeuses en rarifiant les formes ulcérocaséeuses et fibroadhésives mais en a également modifié la thérapeutique : en effet seul le traitement médical est utilisé de nos jours alors que le traitement chirurgical autrefois conseillé est tombé en désuétude et n'est réservé qu'à certaines complications de l'affection.

Dans tous les cas ce qui compte c'est l'administration de la chimiothérapie antibacillaire à laquelle est associée de nos jours la corticothérapie.

A - LE TRAITEMENT HOSPITALIER -

Tous nos malades ont été traités. ILs ont été suivis sur le plan général et local pendant toute la durée d'hospitalisation ce qui nous a permis d'apprécier l'action immédiate de la thérapeutique.

I - La Durée d'Hospitalisation.

La durée d'hospitalisation a été variable selon les cas. Elle a été fonction de l'aspect clinique, de l'affection, et des résultats de la thérapeutique.
Dans notre série la durée moyenne d'hospitalisation est de 53 jours. Elle est légèrement inférieure à la durée moyenne observée par

GIRARD et PLANCHU (57 jours) et Mme. J. Bourreille (59 jours).

II. La Chimiothérapie. :

Tous nos malades ont reçu des drogues antibacillaires. L'association de 2 ou 3 d'entre elles, aux doses optima a été la règle.

a - La Streptomycine.

Sous la forme de sulfate ou de panthoténate a été prescrite chez l'ensemble de nos malades en injection intramusculaire quotidienne de 1 g pendant 30 à 45 jours selon la durée d'hospitalisation, puis à raison de 1 injection bi ou trihebdomadaire jusqu'à la dose totale de 80 à 90 g.

b - L'Hydraside de l'Ascite Nicotinique a été employé sous forme de comprimés a 150 mg, la dose quotidienne étant calculée sur la base de 10 à 15 mg/kg/jour. Maniable, très actif, cet antibiotique a été bien toléré dans tous les cas.

c - Le P.A.S. n'a été utilisé que chez 86 de nos malades en perfusion quotidienne de 15 g pendant toute la durée d'hospitalisation. Dans deux cas son administration a due être suspendue

... devant l'apparition de troubles digestifs.

d - Le seul antibiotique de relai utilisé a été l'Ethionamide, chez une malade présentant une souche bactérienne résistante à la Streptomycine.

III - La Corticothérapie.

La Corticothérapie a été utilisée chez 81 de nos malades. Dans tous les cas nous avons eu recours à la deltacortisone sous forme de cortancyl.
Les doses d'attaque ont été moyennes : 30 à 40 mg par jour; la durée du traitement variable, entre 5 à 8 semaines.

IV - Le Traitement Adjuvant :

IL est principalement représenté par des règles hygiénodiététiques :

- Le repas au lit a été la règle chez les malades hospitalisés.
- Régime sans sel en cas de corticothérapie.
- Perfusion de solutés nutritifs, polyvitaminothérapie en cas de mauvais état général.

En fait ces mesures passent au second plan; ce qui compte c'est la chimiothérapie.
Au total :

Dans notre série plusieurs associations médicamenteuses ont été utilisées.

1er groupe :

Streptomycine + I.N.H.)
+ P.A.S. ou +)Corti-
Streptomycine + I.N.H.)cothé-
rapie.

81 de nos malades ont bénéficié de ce traitement mixte.

2ème groupe :

I.N.H. + P.A.S. + Streptomycine
ou
I.N.H. + Streptomycine.

19 malades ont reçu une telle thérapeutique.

B - LE TRAITEMENT EXTRAHOSPITALIER -

Tous nos malades ont reçu un traitement ambulatoire. Cependant 4 fois sur 5 il ne nous a été possible :

- ni de contrôler la prise effective des antibiotiques.
- ni de suivre pendant assez longtemps leurs bénéficiaires pour pouvoir apprécier les résultats éloignés de la thérapeutique.

Dans tous les cas à la sortie du malade, un traitement comprenant l'association de deux drogues antibacillaires a été prescrit.

Les Résultats Thérapeutiques.

Dans notre série nous déplorons deux décés en cours

d'hospitalisation. :

- 1 homme par atteinte méningée (OBSV. H.8)
- 1 femme après deux rechutes rapprochées (OBSV. F. 69).

1 - Evolution IMMEDIATE :

A - Action sur les signes généraux :

quel que soit le régime thérapeutique utilisé, antibiothérapie seule ou associée à la corticothérapie, l'action sur les signes généraux est habituellement rapide.

- La Fièvre.

  La défervescence fut rapide. En effet l'apyréxie est réalisée en 3 ou 4 jours en moyenne.

  Cependant dans certaines formes hyperpyrétiques (OBSV. F. 21 - F. 28 et F. 48), la stabilisation de la température n'a été obtenue qu'après 5 à 7 jours, grâce à l'action bénéfique des corticoïdes.

- La prise de poids n'a été observée chez nos malades qu'après 15 à 20 jours de traitement, elle varie de 2 à 8 Kilos.

- La vitesse de sédimentation a subi une évolution parallèle ne revenant à la normale qu'après 3 à 4 semaines de traitement Son ralentissement a été plus précoce avec l'adjonction des corticoïdes.

B - Action Locale :

Elle intéresse principalement l'assèchement de l'ascite. Ici la nature du traitement à beaucoup influé sur la résorption de l'épanchement

... péritonéal si bien que les résultats varient selon que le malade à reçu ou non des corticoïdes.

1 - Traitement antibiotique seul.

Dans tous nos cas l'ascite a été asséchée en moins de 45 jours (en moyenne 29 jours) la résorption a été obtenue

- 12 fois en moins de 30 jours soit dans 63 % des cas.
- 3 fois entre 30 et 40 jours de traitement soit dans 16 % des cas.
- 4 fois en 45 jours en moyenne soit dans 21 % des cas.

2 - Traitement mixte :

Administrée dans la majorité des cas l'association chimiothérapie - corticothérapie donne de meilleurs résultats. L'assèchement s'est produit :

- 11 fois en moins de 15 jours soit dans 13,5 des cas.
- 57 fois en moins de 30 jours soit dans 70,3 % des cas.
- 6 fois entre 30 et 40 jours de traitement soit dans 7,5 % des cas.
- 7 fois en 45 jours soit 8,5 % des cas.

La comparaison des deux groupes thérapeutiques montre que l'action des corticoïdes est particulièrement remarquable sur la résorption de l'épanchement. Cette opinion est partagée par la plupart des auteurs comme GIRARD et PLANCHU, J.P. Etienne et

C - Action sur certaines formes particulières :

Ces aspects particuliers sont représentés par les formes ulcérocaséeuses de l'ascite tuberculeuse et les polysérites (Dans notre série atteinte pleurale associée.

- Tous nos malades présentant une forme ulcérocaséeuse ont bénéficié du traitement mixte. Quatre fois sur Cinq la thérapeutique médicale a permis d'obtenir une résorption quasi totale du gâteau péritonéal; seule persistait en fin de traitement une légère résistance à la palpation de la région intéressée (OBSV. F. 4 - F. 54 - F. 65 et H. 16). Par contre dans un cas (OBSV. F. 56) aucune amélioration locale n'a été notée : il s'agissait d'une monstrueuse formation tuberculeuse intéressant les annexes droites et le péritoine pariétal adjacent. C'est là le seul cas où nous avons eux recours à la chirurgie.

- Les pleurésies tuberculeuses associées à la péritonite ont eu une évolution favorable. Parmi nos 24 cas, 22 ont subi un traitement mixte, 2 ont été traités par la chomiothérapie seule, la corticothérapie étant contre indiquée dans ces 2 cas.

  A chaque fois l'assèchement a été rapide. Dans l'ensemble il s'est effectué entre le 15 ème et 20 ème jour

Dans 5 cas, aidée par la ponction évacuatrice de la plèvre, la thérapeutique a pu amener une résorption totale de la pleurésie en moins de 15 jours Signalons enfin que les sequelles pleurales furent rares (Une pachypleurite comblant le cul de sac pleural dans 3 cas.)

D - Les accidents en cours de traitement :

Plusieurs incidents mineurs dûs à la thérapeutique sont venus émailler l'évolution de l'affection :

- Dans 2 cas, intolérance digestive au P.A.S. qui ont motivé son arrêt.
- Deux fois (OBSV. H. 18 et F. 53) les corticoïdes ont été incriminés dans l'apparition de troubles psychiques à type d'agitation chez des sujets jeunes.
- Dans 1 cas (OBSV. F. 10) une perforation intestinale sous corticothérapie a pu être notée chez une femme de 36 ans.

Enfin nous avons eu à déplorer, en cours de traitement, deux décés :

- l'un par dissémination méningée chez un jeune homme âgé de 19 ans présentant une ascite chyleuse associée à une tuberculose pulmonaire bilatérale et à une pleurésie tuberculeuse secondaire.
- l'autre par dissémination méningée et viscérale (Foie.) chez une jeune femme, après une rechute de Péritonite Tuberculeuse.

II - EVOLUTION SECONDAIRE -

Nous avons pu revoir 20 de nos malades pour des raisons variables : soit bilan de contrôle soit pour une rechute °

A - Seize fois il s'agissait d'un visite de contrôle systématique après 6 mois (OBSV. F. 7- F. 8. - F. 28 - F. 40 - F. 41 - F. 4 - F. 49 H. 4 - H.) ou 12 mois de traitement (OBSV. F. 9 - F. 23 - F. 25 - F. 36 - F. 61 - H. 5 - H. 7). Dans 14 cas les résultats étaient bons, attestant du succés de la thérapeutique.

Cependant deux fois nous avons noté la persistance de douleurs abdominales anormales au niveau des fosses iliaques. Le contrôle radiographique effectué dans ces cas n'a pas permis de préciser l'origine de ces troubles

B - Quatre fois (F. 26 - F. 44 - F. 57 - F. 69) les malades sont revenus pour une rechute, mortelle dans 1 cas (F. 69). Les circonstances de survenue de ces récidives sont reportées sur le tableau suivant, de même que leur évolution.

Le rôle constant de la rupture du traitement à l'origine des rechutes est à retenir.

O.B.	Â	ASPECT 1è Atteinte	Délai entre les 2 atteinte.	ASPECT de la 2è Atteinte	CAUSES de la rechute	Evol. de la Rechute.
. 26	26	Ascite libre + Endom.l.	6 mois.	Ascite libre.	Arrêt Tt.	Bonne après 6 mois Tt.
. 44	33	Ascite libre + Adénop.Périph. + Endo. l.	5 mois.	Ascite libre.	Arrêt Tt.	Bon résult après 10 mois. T.
. 57	41	Ascite libre	4 mois.	Ascite libre.	Arrêt de Tt. + Résistance BK/SM.	Bons résultats.
. 69	35 ans	Pleuropéritonite. + Stéatose népatique	1 an.	Ascite libre. + Très mauvais E.G.	Arrêt au Tt.	D.C. dans le service.

- RECHUTE DE PERITONITES TUBERCULEUSES

En conclusion de ce chapitre thérapeutique il nous parait utile d'insister sur :

- la nécessité d'un traitement antibiotique à dose optima, associant 2 ou 3 drogues antituberculeuses, et surtout suffisamment prolongé de 18 mois au moins, le risque de rechute après rupture du traitement n'étant pas minime (4 %).

- par ailleurs en période d'hospitalisation,

l'intérêt de la corticothérapie est manifesté puisqu'en permettant une résorption rapide du liquide d'ascite, une rapide amélioration de

l'état général, elle aboutit à la réduction de la durée d'hospitalisation .

- Mais par la suite la grande difficulté de la chimiothérapie réside dans sa longue durée.
En effet de nombreux malades abandonnent tout traitement avant le terme du 12 eme mois ou encore le suivent avec irrégularité.
De nombreuses solutions ont été proposées pour régler ce problème :

° La solution classique consiste à hospitaliser les malades jusqu'au 12e mois de traitement; elle n'est pas toujours possible soit par manque de lits soit par incompréhension des malades qui refusent d'être aussi longuement traités pour une affection apparamment guérie. De plus comme cela a été prouvé chez les tuberculeux, l'hospitalisation ne résoud pas toujours le problème de l'administration régulière des médicaments, lorsque ceux-ci sont confiés aux malades.

° La deuxième solution, plus largement utilisée, est celle du traitement ambulatoire de ces formes de tuberculose lorsque les phénomènes inflammatoires ont régressé, (ici dès l'assèchement de l'ascite). Mais dans ce cas les médicaments prescrits ne sont pas toujours absorbés, de nombreuses enquêtes étudiant la prise effective des antibiotiques chez des malades réguliers, recevant une ration hebdomadaire ou mensuelle, constatent que 30 à 50 % d'entre eux seulement suivent un traitement réel à domicile.

° C'est pourquoi la chimiothérapie intermittente est apparue pour cette catégorie de malades, comme la solution de l'avenir.

- Elle consiste dans l'administration bihebdomadaire, contrôlée de deux antibiotiques, (INH et Streptomycine par exemple).
- Son efficacité a été prouvée :
  - Expérimentalement par Canetti et Grumbach.
  - En Clinique par l'expérience de Madras.
  - En pratique courante à Alger, où son efficacité s'est montrée au moins aussi grande que celle du traitement classique.
- Son intérêt est évident : elle constitue en effet la seule méthode de chimiothérapie ambulatoire contrôlée, le malade devant se présenter deux fois par semaine au D.A.T. pour recevoir son traitement, la prise étant contrôlée par le médecin ou l'infirmier.
- IL nous parait donc très intéressant d'appliquer cette technique de chimiothérapie au traitement ambulatoire des ascites tuberculeuses Cela nous permettrait dans l'avenir d'évaluer avec exactitude le devenir réel de toutes les péritonites tuberculeuses que nous n'avons pu apprécier qu'imparfaitement dans notre travail.

- CHAPITRE VII -

-o- CONCLUSIONS GENERALES -o-

- CONCLUSIONS GENERALES -

Notre étude porte sur 100 cas de péritonites tuberculeuses ascitiques observées de 1964 à 1967 à la Clinique Médicale du Centre Hospitalier et Universitaire d' Alger.

Affection fréquente c'est surtout une maladie de la femme (74 % des cas) en période d'activité génitale. Elle est plus rare chez l'homme (26 % des cas). Elle frappe le plus souvent le sujet jeune (72 % des cas) mais n'est pas rare après 60 ans (8 % des cas).

Des antécédents tuberculeux personnels sont retrouvés dans 13 % des cas; moins fréquents sont les antécédents tuberculeux familiaux (10 % des cas).

Enfin, l'ascite tuberculeuse peut survenir sur un terrain prédisposant :

- post partum ou post abortum (9 fois)
- cirrhose hépatique (7 fois).

Notre étude clinique est divisée en quatre parties :

- D'abord l'ascite tuberculeuse " apparamment primitive " la plus fréquente, réalisant le tableau classique d'installation progressive (93 cas) où :
  - . La fièvre est quasiconstante, existant à des degrés divers.
  - . Les douleurs abdominales sont soit vagues, (relevant alors de la simple distension abdominale), soit intenses et localisées dépendant souvent de complications
  - . Une diarrhée au long cours s'est manifestée chez 2 malades.

. Enfin 23 fois nous avons relevé une aménorrhée.

. A l'examen :

- L'ascite est le plus souvent libre (75 cas) de moyenne abondance dans la plupart des cas.
- elle est cloisonnée dans 3 cas, et de type ulcérocaséeux 5 fois.
- enfin 6 fois nous avons retrouvé une hépatomégalie ou une hépatosplénomégalie dont l'étiologie n'a pu être élucidée que dans 2 cas (1 stéatose hépatique, une tuberculose hépatique probable).

- Le deuxième chapitre de l'étude clinique est consacré à l'étude des localisations tuberculeuses associées, au cours de l'A.T. autonome. Elles sont fréquentes et variées:

- 24 pleurésies sérofibrineuses.
- 6 tuberculoses génitales.
- 1 tuberculose pulmonaire.
- Enfin 2 cas de tuberculose intestinale très probable.

- Le troisième chapitre intéresse les péritonites tuberculeuses surinfectant une cirrhose hépatique (7 cas).
Cette complication a été suspectée :

- 2 fois, devant une tension abdominale particulière s'accompagnant de douleurs diffuses et intenses.
- La richesse en protéine du liquide d'ascite.

- Le dernier chapitre de l'étude clinique est consacré aux aspects pseudocancéreux.

Nous en avons observé 3 cas chez des sujets âgés de plus de 50 ans.

En fait quel que soit l'aspect clinique, les examens complémentaires ont permis à chaque fois de porter le diagnostic :

- Certains n'ont qu'une valeur d'orientation, ainsi
  - La numération et la formule sanguine
  - La vitesse de sédimentation.
- Plus intéressants sont les examens à visée diagnostique, dont :
  - Certains apportent des arguments de présomption, tels
    - les réactions cutanées à la tuberculine, qui sont le plus souvent faiblement ou moyennement positives parfois négatives.
    - l'examen cytochimique du liquide d'ascite objective dans tous les cas la nature inflammatoire de l'épanchement et sa richesse en lymphocytes.
  - D'autres examens apportent des arguments de certitude.
    - recherche du B.K. dans le liquide d'ascite rarement fructueuse (7 cas)
    - l'étude laparoscopique qui en raison des nombreuses défaillances de l'étude bactériologique demeure une exploration essentielle. Elle permet :
      - de confirmer un diagnostic cliniquement évident ...

... (61 cas).

. de préciser un diagnostic cliniquement douteux (18 cas).

. de préciser l'aspect anatomique de l'atteinte péritonéale (9 cas).

. Enfin de rectifier un diagnostic erroné (1 fois).

Tous nos malades ont été traités médicalement :

81 d'entre eux ont reçu un traitement mixte associant des drogues antibacillaires majeures et corticothérapie 19 ont reçu uniquement des antibiotiques.

+ L'évolution immédiate :

- les signes généraux s'amendent en quelques jours.
- l'Assèchement de l'Ascite est progressif et dépend de la nature du traitement, plus précoce et plus rapide avec un traitement mixte.

+ Evolution secondaire :

n'a pu être suivie que pour 20 de nos malades

- Nous avons eu à déplorer deux décès en cours de traitement.
- Par ailleurs quatre malades sont revenus pour rechute après arrêt du traitement ambulatoire.

Ainsi comme les autres formes de tuberculose Exsudative

Tuberculeuse a bénéficié de la corticothérapie qui permet un assèchement rapide de l'épanchement.
Mais comme toutes les autres formes de tuberculose son traitement nécessite une chimiothérapie prolongée d'au moins 12 mois; cette thérapeutique oblige à une coordination étroite entre le service de médecine générale qui fait le diagnostic et assèche l'ascite et le dispensaire Antituberculeux ou la consultation qui aura le malade en charge pendant la plus grande partie du traitement et dont le rôle en définitive a plus d'importance pour éviter les rechutes ou les complications ultérieures de la maladie tuberculeuse.

- B I B L I O G R A P H I E -

BARIETY M., LEJARD C. et BARRABE M :
Formes actuelles de la tuberculose des séreuses chez l'adulte.
B. M. Soc. Med. Hôp. Paris 1943. 413-414

BENDJABALLAH H :
Les Pleurésies sérofibrineuses.
Thèse Alger 1967.

BOURREILLE (Mme). J. :
La Péritonite Tuberculeuse chez l'adulte en Algérie. Thèse Alger 1962.

BURACK W.R. et HOLLISTER R.M. :
La Péritonite tuberculeuse. Etude de 47 cas prouvés, observés dans un hôpital général en vingt cinq ans. Am. J. Med 1960 - 28 n° 4. 510-523.

CANETTI G :
L'ALLERGIE TUBERCULEUSE chez l'homme
Editions Médicales Flammarion.

CHATTERJEE P. K. :
Péritonite tuberculeuse
J.A.M.A. Mai 1954, 23 , n° 8. 317-324.

CHRETIEN J. et ETIENNE J.P.
Les péritonites tuberculeuses (Aspects cliniques , et perspectives thérapeutiques à l'ère de la chimiothérapie antituberculeuse). Entretiens Bichat (Med). 1963. 315-322.

DEBRAY. C. et PAOLAGGI J. :
La Laparoscopie dans la péritonite tuberculeuse. Entretiens de Bichat (Médecine) 1960, 345-352.

DORF. G. :
Etat actuel des péritonites tuberculeuses. Concours Médical, 6 Fev. 1965, 87, n° 6, 831-836.

ETIENNE J.P., CHRETIEN J., CHRISTOFOROV B. :
Les péritonites tuberculeuses de l'adulte (à propos de 35 observations). Semaine des Hôpitaux de Paris 14 Mars 1966, 42 n° 13/3. 814-820.

FRAISSE, MOLLIER, RIOUFOL :
Action de la delta-cortisone associée aux antibiotiques dans la péritonite tuberculeuse de l'adulte J. Med. Lyon, 1958, 39 , 265-270.

FRAISSE, MOLLIER et RIOUFOL :
L'Association cortancyl et antituberculeux dans la péritonite tuberculeuse de l'adulte ARch. Mal. App. Dig. 1958, 47, 712-718.

GIRARD M. et BEL A. :
Les péritonites selon l'étiologie. Ency. . Méd - chir; traité Estomac, Fasc. 9048 P50 (4. 1962).

GIRARD M. , COULOT M., PINET (Mme) et ALEX R.
Intérêt de la Laparoscopie dans le Diagnostic de la péritonite tuberculeuse Arch. Mal. App. Dig. 1956, 45 , 394-399.

GIRARD M., COULOT M., PINET (Mme) et ALEX R.
Intérêt de la Laparoscopie dans le diagnostic de la péritonite Tuberculeuse.
Arch. Mal. App. Dig. 1957, 46 245.

GIRARD M., COULOT M., PINET (Mme) et ALEX R.
Intérêt de la Laparoscopie dans le diagnostic de la péritonite tuberculeuse.
Lyon Med. 1957, 89, 3-8.

GIRARD M., PLANCHU M. et MICHEL J. :
Considérations sur le traitement actuel des péritonites tuberculeuses de l'adulte.
Arch. Mal. App. Dig, 1960, 49, 770-779.

GIRARD M., PLANCHU M.
Considérations sur le traitement actuel des péritonites Tuberculeuses de l'adulte.
J. Med. Lyon, 1960, 925-932.

HUGUES H.J. , CARR D.T., GERACI J.E. :
Péritonéal Tuberculosis. A review of 34 cases With emphasis on the diagnostic aspect.
Dis. Chest. 1960 - 38 - 42.

HYMAN S., VILLA F., ALVAREZ S. et STEIGMANN F.E. :
Le problème de la péritonite tuberculeuse.
Gastroentérology, Janv. 1962, 42, n° 1, 1-6.

JOHNSTON F.F. , SANFORD J.P. :
Péritonéal tuberculosis.
Ann. Of - Int. Med 1961, 54, 1125-1133.

LESNI M.
Diagnostic des péritonites tuberculeuses
Vie Med. Mai 1964, 45, n° 5, 859-862.

MINICONI P., SALASC. J., BOURREILLE J., SUDACA P., LANFRANCHI J. :
Valeur de la Laparoscopie pour le Diagnostic et le traitement de la tuberculose péritonéale de l'adulte.Algérie Med., 1960, 64, 799-807.

MINICONI P. :

Aspects actuels de la tuberculose péritonéale de l'adulte.

Sem. Hop. Paris, 26 Av. 1965, 41, n° 20, 1224 - 1226.

PAOLAGGI J.A. :

Tuberculose Péritonéale. Aspects actuels, intérêt de la Laparoscopie et de la biopsie péritonéale.

GAZ. Med. France, 25 Nov. 1966, 73, n° 22 4395-4400.

POINSO R., et MONGES H. :

Les péritonites tuberculeuses à forme pseudocancéreuse.

Concours. Med, 1950, 72, 2131-2136.

RAVAULT P.P., FRAISSE H., LOISY C. :

La péritonite tuberculeuse du Vieillard.

SPAPEN R. :

A propos de quelques aspects actuels de la Péritonite Tuberculeuse.

Act. Tub. et pneumo. Belgica. 1960, 4, 337-355.

-= TABLES DES MATIERES =-

		Page.
Introduction		1
Chapitre 1	: Matériel et méthodes d' Etude.	5
Chapitre II	: Etiologie générale	9
Chapitre III	: Etude Clinique	20
Chapitre IV	: Les examens complémentaires	59
Chapitre V.	: Le traitement de l'Ascite Tuberculeuse.	79
Chapitre VI	: Conclusions générales.	92